



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Intervenções de proximidade “Lado a Lado com a Comunidade”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Por: Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca

LISBOA, Março de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Intervenções de proximidade “Lado a Lado com a Comunidade”

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca

Sob orientação da Prof<sup>a</sup> Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, Março de 2011

## RESUMO

O presente relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, pretende espelhar a **Unidade Curricular Estágio**, dividida em três módulos distintos, sendo que o primeiro e segundo foram realizados em contexto de trabalho, mais concretamente no Centro de Saúde de Odivelas e o terceiro foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC Nostra Pontinha - no Centro de Saúde da Pontinha.

A diversidade cultural é hoje uma realidade indiscutível nas sociedades, conduzindo a importantes mudanças nos seus diferentes contextos. No sector da saúde os desafios assumem especial relevância para os enfermeiros que intervêm na comunidade. No concelho de Odivelas existem bairros, nomeadamente o Bairro Vale do Forno, onde a multiculturalidade é uma realidade e aí são encontrados grupos que parecem viver em risco de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade.

Tendo por base esta inquietação no **módulo I** realizou-se o diagnóstico de saúde do Bairro Vale do Forno. Foram aplicados formulários a 30% da população, o que correspondeu a 130 agregados familiares que representam uma amostra de 401 indivíduos. Confirmou-se a diversidade cultural tendo sido identificadas 12 nacionalidades diferentes; a fraca acessibilidade aos cuidados de saúde - 36,80% da amostra em estudo não tem médico de família, sendo que, os sujeitos que não realizam vigilância de saúde são predominantemente os emigrantes; em situação de doença, os sujeitos da amostra inquirida recorrem mais frequentemente ao hospital com uma percentagem de 30,9%. No que diz respeito às patologias referidas pelos sujeitos inquiridos identificaram-se uma variedade de patologias, sendo a patologia cardiovascular a mais referenciada com 22,54%, seguida das patologias osteo-articular e musculo-esqueléticas com 17,84% e pela patologia endócrina com 13,15%.

No **módulo II** e face aos resultados encontrados foram definidas prioridades e estabelecidos projectos de intervenção. Com a elaboração e implementação do projecto “O nosso coração precisa de atenção” na área das doenças cardiovasculares pretendeu-se promover a prevenção cardiovascular e encorajar cada habitante do bairro a ser responsável pela sua própria saúde. A elaboração do projecto “Saúde mais próxima” com recurso a uma unidade móvel, ambiciona contribuir para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde e aumentar o nível de saúde nos diferentes ciclos de vida em grupos vulneráveis.

Partindo desta ideia de se conseguir o recurso de uma unidade móvel para o Bairro vale do Forno, elegeu-se a UCC Nostra Pontinha para realização do **módulo III**. O conhecimento prévio das actividades desenvolvidas nesta unidade criou expectativas na aprendizagem e diversidade de experiências passíveis de transpor para o projecto “Saúde mais próxima”. Para além deste aspecto, a integração na dinâmica da equipa foi profícua no desenvolvimento de saberes no âmbito do programa de saúde escolar, das doenças sexualmente transmissíveis e no âmbito da formação, não só para a população, mas também para os diferentes profissionais da equipa, inserido no programa de formação contínua.

Este percurso contribuiu para um desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária essenciais para a prestação de cuidados proficientes à pessoa, grupo e comunidade.

**Palavras – chave:** diagnóstico de saúde, diversidade cultural, doenças cardiovasculares, projecto de intervenção, unidade de cuidados na comunidade.

## ABSTRACT

The present report in the scope of a Masters Degree in Nursing with specialization in Community Nursing, aims to reflect the curricular unit post-graduate training, divided in three distinct modules. The first and second modules were carried out in a work environment, specifically in the Odivelas Health Centre (CSO) and the third module took place in the Community Care Unit – UCC Nostra Pontinha – in the Pontinha Health Centre.

Cultural diversity is today an unquestionable reality in our societies, leading to important changes in different sectors. In the health sector, nurses that intervene in the community take upon relevant challenges. In the municipality of Odivelas there are boroughs, namely Bairro Vale do Forno, where multiculturalism is a reality and can be found groups that seem to live in risk of exclusion, precariousness and great vulnerability.

Based on these worries in Module I health diagnostic took place in Bairro Vale do Forno. Forms were given to 30% of the population, which corresponds to a 130 families that represents a sample of 401 individuals. It was ascertained: 12 different nationalities have been identified in the cultural diversity; a lack of access to health care – 36,80% of the study sample have no family doctor, this meaning that the individuals that don't take care of their health are mainly emigrants; in case of illness, when questioned, the sample subjects go more frequently to the hospital with a percentage of 30,9%. In regard to the referred pathologies given by the sample subjects when questioned, a variety of pathologies were identified, being the cardiovascular pathology the most popular with 22,54%, next came osteoarticular and musculoskeletal pathologies with 17,84% and last endocrine pathology with 13'15%.

In Module II and based on the facts found priorities were defined and intervention projects established. With the elaboration and implementation of the project “Our heart needs attention” in the area of cardiovascular illness, with the intend to promote cardiovascular prevention and encourage each inhabitant of the borough to be responsible for their own health. The elaboration of the project “Closeness to Health”, with the use of a mobile unit, ambitions to contribute better access to health care and increase the level of health in the different life cycles, in vulnerable groups.

Based on the idea of obtaining a mobile unit to be used in Bairro Vale do Forno, the UCC Nostra Pontinha was chosen for the execution of Module III. Previous knowledge of the developed activities in this unit created learning expectations and diverse experiences passable to transfer to the project “Closeness to Health”. Apart from this aspect, the team's dynamic integration was useful in development of knowledge of the school health programme, in the scope of sexual transmissible diseases, and in the training, not only for the general population, but also for the different professionals of the team, integrated in the continuous learning programme.

This route contributed to the personal and professional development, promoter of competencies for a Specialist Nurse in Community Nursing, essential for given proper care to a person, group and community.

**Key – Words:** health diagnostic, cardiovascular illnesses, cultural diversity, intervention project, unit for community care.

**"O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis".**

Fernando Pessoa

## AGRADECIMENTOS

À população do Bairro Vale do Forno pela sua diversidade e pelo carinho com que me receberam.  
À equipa do CLDS-VS por serem os melhores parceiros.

À Professora Amélia Simões Figueiredo pela orientação rigorosa e palavras sábias que tornaram mais claro este caminho.

À Enfermeira Carla Janela pelos momentos em que repartiu o seu tempo comigo e pela sua atitude positiva e serena.

À Enfermeira Teresa Figueiredo pela maneira única como me ensinou a viver a intervenção comunitária. À equipa da UCC Nostra Pontinha pela simpatia com que me acolheram.

Aos meus colegas de mestrado em especial à Sónia Teixeira por todos os momentos e partilhas.

Aos meus colegas da ECCI de Odivelas pela força e afecto que me transmitiram ao longo deste percurso académico.

À minha família, fonte de toda a minha vitalidade e inspiração, em particular à minha cunhada Elisabete, à minha sobrinha Dina, ao meu marido César e aos meus filhos António e Ana Lúcia; sem eles teria sido impossível chegar aqui.

A todos, o meu bem-haja!

**ABERVIATURAS E SIGLAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

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

CIPE/SAPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

CLDS-VS - Contrato local de Desenvolvimento Social para a vertente sul

CS – Centro de Saúde

CSO – Centro de Saúde de Odivelas

CSP – Centro de saúde da Pontinha

DCV - Doenças cardiovasculares

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados de Odivelas

FRA - European Union Agency for Fundamental Right

IMC – Índice de massa corporal

INE – Instituto Nacional Estatística

Km - Kilómetros

m<sup>2</sup> - metros quadrados

n.<sup>o</sup> – número

NERSCO - Núcleo Executivo da Rede Social do Concelho de Odivelas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

% - percentagem

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SAC – Serviço de Atendimento Complementar

T2 – Tipologia de 2 quartos

T3 – Tipologia de 3 quartos

TA – Tensão arterial

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

**ÍNDICE**

	Página
0. <u>INTRODUÇÃO</u> .....	12
1. <u>MÓDULO I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO BAIRRO VALE DO FORNO</u> .....	15
1.1. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO I .....	15
1.2. ENQUADRAMENTO QUE SUSTENTA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE .....	15
1.2.1. <u>Saúde</u> .....	15
1.2.2. <u>Promoção de Saúde</u> .....	17
1.2.3. <u>Comunidade</u> .....	17
1.2.4. <u>Agregado familiar e Família</u> .....	18
1.2.5. <u>Empoderamento e intervenção comunitária</u> .....	20
1.2.6. <u>Diagnóstico de saúde de uma comunidade</u> .....	21
1.3. RETRATO DO BAIRRO VALE DO FORNO .....	23
1.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS .....	42
2. <u>MÓDULO II – PROJECTOS DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDOS NO BAIRRO VALE DO FORNO</u> .....	43
2.1. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO II.....	43
2.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO”.....	43
2.2.1. <u>O desenrolar do Projecto</u> .....	44
2.2.2. <u>Competências adquiridas/desenvolvidas</u> .....	46
2.3. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO “SAÚDE MAIS PRÓXIMA” .....	48
2.3.1. <u>Primeiros passos do Projecto</u> .....	50
2.3.2. <u>Competências adquiridas/desenvolvidas</u> .....	51
3. <u>MÓDULO III – ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE NOSTRA PONTINHA</u> .....	52
3.1. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO III.....	52
3.2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM E PARA A COMUNIDADE .....	53
3.3. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM E PARA A EQUIPA .....	55
3.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS .....	56
4. <u>CONCLUSÃO</u> .....	58
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	61

APÊNDICE .....	68
<b>Apêndice 1</b> – Diagnóstico de Saúde e definição de Prioridades para o Bairro Vale do Forno .....	69
ANEXOS .....	104
<b>Anexo 1</b> – ACTA DA REUNIÃO COM A EQUIPA DO PROJECTO CLDS-VS.....	105
<b>Anexo 2</b> – ACTA DA REUNIÃO COM O PRESIDENTE DA AUGI DO BAIRRO VALE DO FORNO.....	108
<b>Anexo 3</b> – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO FORMULÁRIO.....	110
<b>Anexo 4</b> – FORMULÁRIO.....	112
<b>Anexo 5</b> - GUIÃO DE APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO.....	124
<b>Anexo 6</b> – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO.....	136
<b>Anexo 7</b> - DIVULGAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE Á POPULAÇÃO.....	138
<b>Anexo 8</b> – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA PERGUNTA ABERTA DO FORMULÁRIO.....	140
<b>Anexo 9</b> - PROJECTO DE INTERVENÇÃO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO”.....	142
<b>Anexo 10</b> - PROJECTO DE INTERVENÇÃO “SAÚDE MAIS PRÓXIMA”.....	154
<b>Anexo 11</b> - FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO GLOBAL DO RISCO CARDIOVASCULAR.....	168
<b>Anexo 12</b> - CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA A POPULAÇÃO DO BAIRRO VALE DO FORNO.....	170
<b>Anexo 13</b> - SESSÃO DE FORMAÇÃO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO” PARA A POPULAÇÃO DO BAIRRO VALE DO FORNO.....	172
<b>Anexo 14</b> - PERGUNTAS SOBRE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES PARA O PEDIPAPER.....	177
<b>Anexo 15</b> – FOTOGRAFIAS ALUSIVAS ÀS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJECTO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO”	183
<b>Anexo 16</b> - APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO NOS MÓDULOS I E II.....	187
<b>Anexo 17</b> - ACTA DA REUNIÃO COM A EQUIPA DO PROJECTO “ENCONTARTE”.....	198
<b>Anexo 18</b> - SESSÃO DE FORMAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL” DIRIGIDA ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	201
<b>Anexo 19</b> - SESSÃO DE FORMAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL” DIRIGIDA AOS PAIS.....	208
<b>Anexo 20</b> - SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA” PARA A EQUIPA DA UCC NOSTRA PONTINHA.....	213
<b>Anexo 21</b> - SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “GESTÃO DO TEMPO” PARA A EQUIPA DA UCC NOSTRA PONTINHA.....	228

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<b>Gráfico nº 1 - Distribuição do nº de pessoas por agregado familiar</b>	27
<b>Gráfico nº2 – Distribuição dos sujeitos segundo as faixas etárias</b>	28
<b>Gráfico nº 3 - Distribuição dos sujeitos segundo a nacionalidade</b>	28
<b>Gráfico nº 4 – Distribuição dos sujeitos segundo as opções religiosas</b>	30
<b>Gráfico nº 5 – Distribuição dos sujeitos segundo a escolaridade que frequentam</b>	31
<b>Gráfico nº 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a situação laboral</b>	31
<b>Gráfico nº 7- Distribuição dos sujeitos segundo o local de encontro com os amigos</b>	33
<b>Gráfico nº 8- Distribuição dos sujeitos quanto à atribuição de médico de família</b>	34
<b>Gráfico nº9- Distribuição dos sujeitos segundo a realização de vigilância de saúde</b>	34
<b>Gráfico nº10- Distribuição dos sujeitos segundo a realização de vigilância de saúde/nacionalidade</b>	35
<b>Gráfico nº11- Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de vigilância de saúde realizada</b>	35
<b>Gráfico nº12- Distribuição dos sujeitos quanto ao planeamento familiar</b>	36
<b>Gráfico nº13- Distribuição dos sujeitos segundo as situações em que recorrem ao CS</b>	37
<b>Gráfico nº14- Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença</b>	37
<b>Gráfico nº15- Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença/nacionalidade</b>	38
<b>Gráfico nº 16- Distribuição dos agregados por regime de ocupação</b>	38
<b>Gráfico nº 17- Distribuição dos agregados por tipologia da habitação</b>	39

## ÍNDICE DE QUADROS

	Página
<b>Quadro nº 1 - Distribuição dos sujeitos segundo a estrutura familiar</b>	27
<b>Quadro nº 2- Distribuição dos sujeitos segundo as diversas nacionalidades</b>	29
<b>Quadro nº 3 - Distribuição dos sujeitos quanto à naturalidade</b>	30
<b>Quadro nº 4 – Distribuição dos sujeitos segundo o grau de escolaridade</b>	32
<b>Quadro nº 5- Distribuição dos sujeitos segundo as actividades de lazer</b>	33
<b>Quadro nº 6- Distribuição dos sujeitos segundo as patologias encontradas</b>	36
<b>Quadro nº 7- Distribuição dos agregados segundo as condições habitacionais</b>	39
<b>Quadro nº 8 – Distribuição dos sujeitos segundo o conceito de viver com saúde</b>	40

## 0. – INTRODUÇÃO

A intervenção junto das populações é um desafio para os enfermeiros, na medida em que surgem inúmeras exigências relacionadas com o impacto do envelhecimento, diversidade de patologias, situações de dependência e fragilidade, novas necessidades de apoio social e familiar e mudanças no perfil das famílias. É necessário encontrar constantemente renovadas formas de organizar os cuidados de saúde, centrados numa abordagem holística e que têm em atenção estas formas de dependência, as necessidades das populações e as famílias atípicas.

Na Declaração de Munique (WHO, 2000:23) é referido que *“os enfermeiros podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais-valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam”*.

Para que tal aconteça é fundamental a aposta numa formação pós-graduada de enfermeiros em áreas de especialização, especificamente na Especialização em Enfermagem Comunitária, cujo objectivo é *“desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades”* (UCP-ICS/ESPS, 2009)

Tendo por base o carácter profissionalizante desta especialidade os campos de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica, constituiu uma oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma forma proficiente, adquirindo competências de modo a proceder uma supervisão clínica eficaz e otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2008).

Neste sentido, surge o presente relatório, que no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, pretende espelhar a Unidade Curricular Estágio. Esta unidade curricular foi dividida em três módulos distintos, sendo que o primeiro e segundo foram realizados em contexto de trabalho, mais concretamente no Centro de Saúde de Odivelas (CSO) e o terceiro foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC Nostra Pontinha - no Centro de Saúde da Pontinha (CSP).

No módulo I foi efectuado o diagnóstico de situação de Saúde da população do Bairro Vale do Forno, no II módulo foram realizados projectos de intervenção de acordo com as necessidades e prioridades detectadas no diagnóstico de situação, nomeadamente na área das doenças cardiovasculares *“O nosso Coração Precisa de Atenção”* e na área da proximidade e acessibilidade aos cuidados de saúde por parte de grupos vulneráveis *“Saúde mais Próxima”*.

Na escolha dos campos de estágio pesaram factores relacionados com a experiência profissional vivenciada na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do CSO, mas também factores organizacionais. No decorrer da intervenção junto de famílias em cuidados continuados constatou-se a existência de bairros em que há uma enorme diversidade cultural, com risco de exclusão social, nomeadamente o Bairro Vale do Forno. A enfermeira a exercer

funções de chefia do CSO, também orientadora de estágio, e a enfermeira Vogal do Conselho Clínico do ACES de Odivelas concordaram com a pertinência da área escolhida e da necessidade da realização destes diagnósticos para o plano de acção da futura UCC. O contributo para o diagnóstico de saúde da comunidade é referido no Despacho n.º 10143/2009 que regulamenta a Organização e do Funcionamento da UCC, como sendo uma das áreas prioritárias da carteira de serviços deste tipo de unidades.

Dado o cariz opcional do módulo III decidiu-se desenvolver o estágio na UCC Nostra Pontinha. A recente criação das UCC criou nos enfermeiros que desenvolvem a sua actividade na comunidade expectativas elevadas, não só por ser a única unidade no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários a ser coordenada por um enfermeiro, mas também por ter como um dos princípios orientadores assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida. (Despacho n.º 10143/2009 - Regulamento da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade) Este princípio a ser posto em prática abre caminhos para o desenvolvimento e visibilidade da profissão de enfermagem nos mais diversos campos de intervenção. É essa diversidade de áreas de intervenção que impulsionou a escolha da UCC da Pontinha, uma vez que a experiência na ECCI se centraliza na resposta integrada e holística, a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença (artigo 27º do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

O presente relatório tem em linha de conta, por um lado, o Projecto de Estágio delineado no início da Unidade Curricular Estágio, fundamental para nortear o percurso desenvolvido nos três módulos e, por outro, o Portfólio que resultou num excelente instrumento pedagógico para fazer a ponte entre o processo de formação e a prática, evidenciando a forma pessoal de reflectir e integrar estas duas vertentes de aprendizagem e fundando os alicerces deste trabalho escrito.

Assim definem-se como objectivos para a redacção deste relatório: descrever o que foi desenvolvido e como foi executado; enunciar as alterações efectuadas face ao projecto de estágio inicial; apresentar os dados recolhidos e a sua metodologia; apresentar a análise dos resultados obtidos mediante uma reflexão crítica e realizar uma avaliação global do mesmo.

Para uma leitura fluida e facilitadora da assimilação do percurso efectuado decidiu-se estruturar o relatório da seguinte forma, para além da presente introdução, seguem-se no desenvolvimento três capítulos principais referentes a cada um dos módulos de estágio, sendo que para cada um deles são apresentados os objectivos, actividades e competências adquiridas. Especificamente, no módulo I é apresentado o enquadramento teórico que sustenta o diagnóstico de situação de saúde e no módulo II é justificada a pertinência dos projectos de intervenção elaborados. Para finalizar a conclusão surge como uma síntese do trabalho desenvolvido ao longo dos três módulos de estágio, analisando de forma crítica os aspectos mais relevantes, as principais dificuldades e limitações.

Importa realçar que a esta descrição de dados e factos está sempre imbuída uma análise pessoal e reflexiva, resultante da interacção com os diferentes actores com os quais

houve relação nos campos de estágio e que pela sua diferença e riqueza de vivências enriqueceram o percurso nas diversas áreas do saber.

A redacção da Unidade Curricular Relatório seguiu a metodologia apresentada por AZEVEDO e AZEVEDO e não é apresentado segundo as regras do novo acordo ortográfico, uma vez que ainda não é obrigatória a sua aplicação.

## 1. MÓDULO I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO BAIRRO VALE DO FORNO

O Vale do Forno é um bairro de génese ilegal localizado na freguesia de Odivelas, integrando a denominada vertente sul, uma área que abrange cerca de 82,7 hectares, onde se localizam, ainda os bairros da Encosta da Luz, Serra da Luz, Quinta do Zé Luís e Quinta das Arrombas, estes três últimos pertencentes à freguesia da Pontinha. Tem uma área de intervenção de cerca de 244.768,00 m<sup>2</sup> e, à semelhança do que se verifica em toda a vertente sul, é um bairro densamente povoado que apresenta características socioeconómicas desfavorecidas, com graves condições do ponto de vista de segurança e salubridade habitacional, uma acentuada falta de equipamentos de apoio social e com uma elevada multiculturalidade, muitas vezes associada a uma maior vulnerabilidade. Em 2008 foi efectuado pela equipa do projecto Contrato Local de Desenvolvimento Social para a Vertente Sul de Odivelas (CLDS- VS) um diagnóstico social que veio a confirmar o relatado, mas pouco em informações relativas à situação de saúde desta população.

É neste sentido e tendo em conta a justificação da elaboração do diagnóstico não só do ponto de vista individual, mas também para a própria instituição CSO, que surge o desenrolar do módulo I.

### 1.1. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO I

O módulo I teve como **objectivo geral**:

- Realizar o diagnóstico de situação de saúde da comunidade do Bairro do Vale do Forno.

Como **objectivos específicos** foram delineados os seguintes:

- Caracterizar a população sob o ponto de vista demográfico, social e cultural;
- Identificar os principais problemas de saúde da população;
- Conhecer os recursos utilizados para minimizar os problemas de saúde.

### 1.2. ENQUADRAMENTO QUE SUSTENTA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Para se dar consecução aos referidos objectivos foi necessária uma pesquisa bibliográfica prévia que clarificasse os principais conceitos neles envolvidos. FORTIN (1999, p.73) a este propósito refere que a revisão de literatura “permite reconhecer a teoria que melhor explica os factos observados, delimitar os conceitos aos quais estes apelam e as relações que os caracterizam”.

Assim, apresenta-se o enquadramento teórico que sustenta toda a intervenção realizada no estágio desenvolvido no módulo I.

#### 1.2.1. Saúde

A definição de saúde tem evoluído ao longo dos tempos e nas mais diversas disciplinas. Também em Enfermagem este conceito tem sido central em quase todos os seus quadros teóricos e conceptuais (PENDER, 1987 p.15).

Uma definição que marcou a diferença por englobar não só a vertente médica mas também a social foi a proposta pela OMS “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (1978, p.1).

Esta referência ao aspecto social conduz-nos à unidade das pessoas em comunidades e a sua interacção umas com as outras. Esta interacção poderá afectar positiva ou negativamente a saúde em termos sociais NINES e SWANSON (1997, p.5).

Tendo em conta o referido a OMS expande a definição de saúde afirmando que para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. A saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (1986, p.1).

A declaração da Conferência de Adelaide apresenta um outro aspecto muito importante “a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social” OMS (1988, p.2).

Um direito bem patente na CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, no nº1, do artigo 64º onde se lê “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”. Entende-se assim o direito à protecção da saúde como um direito universal (Artigo 12.ºPrincípio da Universalidade).

A LEI DE BASES DA SAÚDE, nos termos do nº 1, da Base I, da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, refere ainda que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”.

Observa-se que para além do indivíduo esta Lei faz alusão à comunidade como alvo do direito à protecção da saúde, o que nos conduz ao segundo ponto focado na Declaração de Adelaide, o investimento social. “A nossa saúde é fundamentalmente um reflexo da qualidade dos nossos relacionamentos com os outros (...) a expressão capital social capta esta dimensão afectuosa e de comunhão da nossa vida em comunidade” (LAVERACK, 2008 p.23).

LAVERACK apresenta um estudo desenvolvido por autores britânicos promotores de saúde que analisaram o papel do capital social na melhoria e na conservação da saúde de três maneiras:

- “Realçando a importância das abordagens sociais da promoção de saúde;
- Sugerindo que o capital social pode agir como um amortecedor contra os piores efeitos da privação; e
- Concentrando a atenção na importância dos relacionamentos sociais e das redes para as iniciativas de saúde baseadas na comunidade, nomeadamente através do empoderamento comunitário, para reduzir as desigualdades no que diz respeito à saúde” (2008, p.23).

Leininger teórica fundadora da enfermagem transcultural, ajuda a compreender as diferenças culturais no cuidar, na saúde e na doença, elas próprias potenciais promotoras de desigualdades. A Enfermagem Transcultural é uma área de estudo e prática, com enfoque no cuidado (cuidar) cultural comparativo de valores, crenças e práticas de indivíduos ou grupos, de culturas similares ou díspares com o objectivo de promover práticas de cuidar de enfermagem culturalmente específicas e universais que promovam saúde ou bem-estar, ou ajudem as pessoas a fazer face a condições humanas desfavoráveis, doença ou morte, através de formas culturalmente significativas (LEININGER, 1995:58).

Esta teórica define saúde “como uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, reflectindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas actividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e modelares” WELCH (2004, p.572).

É importante que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, consigam identificar o significado de saúde para a pessoa, tendo presente que este conceito pode derivar em parte da maneira como cada membro de um grupo cultural define saúde (ANDREWS, 1997)

É assim introduzido o contexto cultural na definição de saúde, aspecto relevante no desenrolar do presente estudo.

### 1.2.2. Promoção de Saúde

A Promoção da Saúde é definida pela OMS como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986 p.1).

Na literatura encontram-se sobreposições entre a promoção de saúde e a educação para a saúde. Green e Kreuter, citados por LAVERACK referem que “enquanto a educação para a saúde visa informar as pessoas no sentido de influenciar as suas futuras tomadas de decisão individuais e colectivas, a promoção de saúde tem como objectivo as acções sociais e políticas complementares, tais como a promoção de causas e o desenvolvimento da comunidade, que permitem que as transformações políticas no ambiente social, de trabalho e da comunidade realcem a saúde” (2008,p.12).

As várias declarações internacionais emanadas pela OMS sobre o conceito da promoção de saúde, têm ajudado a definir e a legitimar novas abordagens da prática da promoção de saúde. A carta de Ottawa marcou de forma singular o movimento da promoção de saúde. Nela estão descritas três funções importantes dos promotores de saúde: advogar, capacitar e mediar (LAVERACK, 2008).

Advogar no sentido de tornar os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos favoráveis à saúde.

Capacitar procurando a equidade em saúde. A promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde.

Mediar uma vez que, a promoção da saúde exige uma acção coordenada de todos os intervenientes: governos, sectores da saúde, social e económico, organizações não governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social. As populações de todos os meios devem ser envolvidas enquanto indivíduos, famílias e comunidades (OMS, 1986).

### 1.2.3. Comunidade

A definição de comunidade deixou de ser somente associada ao local onde as pessoas vivem, traduzindo a concepção tradicional do termo, para passar a ser definida como um grupo relacional e ainda como um sistema social (ORNELAS, 2008; LAVERACK, 2008; COOKFAIR, 1996).

A comunidade como um território refere-se aos bairros, aldeias, cidades e regiões. “Nas comunidades territoriais, o sentimento da comunidade implica a ligação e o sentimento de pertença a esse local” (ORNELAS,

2008 p.62). O mesmo autor refere que as comunidades relacionais são definidas pelos interesses, culturas, tarefas ou propósitos comuns dos seus membros, implicando o sentimento de comunidade a ligação e o sentimento de pertença do grupo.

LAVERACK (2008, p.56) atendendo a estes dois significados de comunidade refere que “as comunidades geográficas são compostas por indivíduos que se podem organizar em grupos específicos, no sentido de realizarem uma acção conjunta a propósito de objectivos comuns e específicos”.

A organização da comunidade é definida por HICKMAN (1997, p.142) como “o processo através do qual os agentes de mudança da comunidade procuram empoderar os indivíduos e grupos para conseguirem resolver os problemas e a alcançar os objectivos da comunidade”. Importa referir que a diversidade de indivíduos e grupos numa comunidade pode originar problemas relativamente à selecção dos agentes de mudança. “É um paradoxo das abordagens de empoderamento que as populações mais marginalizadas geralmente não consigam articular as suas necessidades ou desconheçam as suas oportunidades e, conseqüentemente, sejam muitas vezes excluídas dos benefícios e das oportunidades que os programas de promoção de saúde proporcionam” (LAVERACK, 2008 p.57).

Na realização do presente estudo irão ser tidas em conta estas considerações e como referência, a definição de comunidade apresentada por SHUSTER E GOEPPINGER: “é uma entidade com base num local, composta por sistemas de organizações formais que reflectem as instituições sociais, os grupos informais e os seus agregados” (1999, p.312).

#### 1.2.4. Agregado familiar e Família

A comunidade, da forma como foi anteriormente definida, só faz sentido com pessoas. Assim considera-se importante definir o conceito de agregado familiar e família uma vez que constituem o foco da investigação.

Segundo o dicionário da ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA (2001, p.129) agregado familiar é um “conjunto de pessoas que constituem uma família e que vive sob o mesmo tecto em economia comum”. Esta definição vai ao encontro de dois dos traços mais vulgarmente determinantes numa família, a co-residencialidade e um orçamento comum (SARACENO e NALDINI, 2003 p.51).

O termo família tem sido sujeito a várias alterações, quer a nível histórico, quer cultural, reveladoras da complexidade de relações e dimensões que o espaço da família implica. A definição de família está associada a uma multiplicidade de discursos: “religiosos, morais, legais, das tradições culturais, das políticas sociais, até à específica tradição familiar de cada família, de cada indivíduo” SARACENO e NALDINI (2003,p.18). Apesar das diversas formas e mudanças, a família continua a ser o grupo natural e dominante na sociedade fornecendo suporte emocional e material essencial para o crescimento e o bem-estar dos seus membros (BELSEY, 2005 p.11).

FRIEDMAN, BOWDEN e JONES referem que, porque a família forma a unidade básica da sociedade, ela é a instituição social que tem o efeito mais pronunciado sobre os seus membros (2003, p.4). “A família revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social da realidade (...) e é dentro dela que os próprios acontecimentos da vida individual que mais parecem pertencer à natureza recebem o seu significado e

através deste são entregues à experiência individual: o nascer e morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação” SARACENO e NALDINI (2003,p.18).

É importante salientar que as definições de família diferem dependendo da orientação teórica do “definidor” isto é, o tipo de explicação que o profissional pretende fazer a respeito da família. FRIEDMAN, BOWDEN e JONES (2003, p.9)

Assim, uma definição de família para fins de levantamento e comparação estatística é proposta pela ONU e adoptada pelo EUROSTAT:

“Para fins censitários a família deveria ser definida no sentido estrito de um núcleo familiar, isto é, as pessoas dentro de um agregado doméstico ligadas entre si como marido e mulher, ou pai e filho (de sangue ou de adopção) solteiro ou núbil. Por isso, um núcleo familiar compreende um casal casado com ou sem filhos solteiros/núbeis de qualquer idade ou um progenitor só com ou sem filhos solteiros de qualquer idade (...) SARACENO e NALDINI (2003,p.55).

Em Portugal, no XIX Recenseamento Geral da População de 2001, é apresentada a seguinte definição de família: “conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento. As empregadas domésticas residentes no alojamento onde prestavam serviço são integradas na respectiva família” INE (2001, p.56).

Tendo em conta o tipo de estudo a realizar considera-se a definição de família nesta dimensão demográfica e epidemiológica, de modo a permitir uma análise estatística e comparativa. Para além deste aspecto, a abrangência das definições apresentadas permite incluir as diferentes estruturas e dimensões familiares.

A estrutura familiar diz respeito às características (sexo, idade, composição do agregado) dos membros que compõem a unidade familiar; mais especificamente, “representa as posições ocupadas pelos indivíduos que estão envolvidos dentro da unidade familiar de uma forma regular com ocorrência de interações e relações” STANHOPE (1999, p.496).

As estruturas da família típica variam de cultura para cultura e mesmo na mesma cultura a estrutura familiar está constantemente a mudar e a evoluir para novas formas (COOKFAIR, 1996 p.393). Contudo os diversos autores citados focam os tipos de famílias mais comuns.

Para o presente estudo adoptou-se a classificação apresentada pelos autores SARACENO e NALDINI (2003) e onde se podem identificar os seguintes tipos de famílias:

- Famílias unipessoais - constituídas apenas por uma pessoa;
- Famílias conjugais nucleares com filhos, incluindo as uniões de facto e filhos adoptivos;
- Famílias conjugais nucleares sem filhos, incluindo as uniões de facto;
- Famílias monoparentais – um adulto com filhos, incluindo filhos adoptivos;
- Famílias extensas – núcleo familiar principal coabitando com outros familiares; famílias múltiplas, mais agregado;
- Famílias unipessoais mais pessoas aparentadas – uma pessoa a viver com familiares que não filhos.

### 1.2.5. Empoderamento e Intervenção Comunitária

À semelhança dos conceitos anteriores, também o empoderamento é difícil de definir “porque pode tomar formas diferenciadas, assumir diferentes significados e interpretações em cada um dos diversos contextos” ORNELAS (2008, p.46). Interessa aqui determo-nos no contexto comunitário, uma vez que o enfoque do estudo é a comunidade.

WALLERSTEIN e BERNSTEIN referem-se ao empoderamento comunitário como sendo aquele onde indivíduos e organizações aplicam as suas habilidades e recursos nos esforços colectivos, para encontrar as suas respectivas necessidades (1994: 153).

O empoderamento comunitário pode ser encarado como um processo e simultaneamente um resultado (PERKINS e ZIMMERMAN, 1995; LAVERACK, 2008) e é definido como “um processo interactivo que se desloca para ambas as direcções ao longo de um contínuo e que implica o empoderamento pessoal e o desenvolvimento de pequenos grupos de apoio mútuo, organizações comunitárias e redes ou coligações (Labonte e Rissel, citados por LAVERACK, 2008 p.16)

HICKMAN refere que o empoderamento comunitário é o nível mais activo de participação comunitária e define empoderamento como “ um processo através do qual indivíduos, organizações e comunidades ganham domínio sobre as suas vidas” (1997, p.141).

Na carta de Ottawa este conceito está explícito quando é referido que no centro da acção comunitária encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos (OMS,1986). Esta definição cruza-se com a referida por PERKINS E ZIMMERMAN quando analisam os estudos de outros autores sobre empoderamento salientando que este é “um processo pelo qual as pessoas ganham controlo sobre as suas vidas, a participação democrática na vida da sua comunidade, e uma compreensão verdadeira do seu ambiente” (1995,p. 570). Aqui estão subjacentes os três diferentes níveis incluídos no empoderamento comunitário, o empoderamento das pessoas (psicológico), o empoderamento organizativo e grandes transformações sociais e políticas (LAVERACK, 2008).

É a acção colectiva destes três níveis que contribuem para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e das ligações entre as suas organizações PERKINS E ZIMMERMAN (1995, p.571). Esta acção colectiva implica a participação dos cidadãos e das organizações locais na identificação das necessidades da comunidade, no desenvolvimento e implementação de estratégias que resolvam essas necessidades.

Subjacente a esta acção está a intervenção comunitária onde predomina “o enfoque dado à criação de recursos comunitários, em ligação com as acções concretizadas pela própria comunidade, com maior ou menor índice de apoio externo, partindo-se assim, do pressuposto que as comunidades possuem os recursos potenciais para gerarem a dinâmica do desenvolvimento” ORNELAS (2008, p.243).

O mesmo autor refere três áreas prioritárias para a intervenção comunitária:

- “A participação e envolvimento da comunidade na resolução dos seus próprios problemas é algo que todos os intervenientes referem, mas que raramente é posto em prática.
- O Empowerment é a filosofia que deve estar subjacente à intervenção comunitária, ou seja, é o ingrediente crucial para que as soluções dos problemas identificados pelos membros da comunidade perdurem no tempo e que estas assumam o controlo real sobre aquilo que lhes diz respeito.

- A Investigação participada é um componente fundamental da intervenção comunitária no sentido de se garantir uma consonância entre a metodologia de investigação, os valores e os objectivos que se pretendam implementar” (1997, p.372).

Importa clarificar o conceito de participação comunitária e distingui-lo do termo prestação de serviço comunitário. “A participação dos cidadãos não é simplesmente a oferta voluntária de tempo ou recursos, mas resulta da sua participação nos processos de decisão a favor da comunidade” ORNELAS (2008, p.244).

LAVERACK (2008, p.112) apresenta uma definição de participação comunitária sugerida por David Zakus e Catherine Lysack, que considera completa e relevante:

“...processo através do qual os membros da comunidade, seja a nível individual, seja a nível colectivo, e com vários níveis de compromisso, desenvolvem a capacidade de assumir maior responsabilidade no que diz respeito à apreciação das suas necessidades e problemas relacionados com a saúde; planeiam e depois agem no sentido de implementar as suas soluções; criam e mantêm organizações que apoiam esses esforços; e, permanentemente, avaliam os efeitos e determinam os ajustes necessários nas metas e nos programas”.

“A chave para conseguir a saúde para todos é através da participação comunitária, pelo que os membros da comunidade bem informados e motivados participam no planeamento, implementação e avaliação dos programas de saúde” FLYNN E DENNIS (1999, p.362).

#### 1.2.6. Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade

As etapas referidas na afirmação anterior só são possíveis com a realização prévia do diagnóstico de saúde de uma comunidade. “No processo lógico que é o planeamento o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico da situação” IMPERATORI (1993,p.43).

O diagnóstico da comunidade é feito para definir e descrever o estado de saúde da população, de uma comunidade específica (DEL RIO, 2005,p.23).

Actualmente é evidente que nenhuma comunidade e nenhuma equipa de profissionais de saúde podem trabalhar muito efectivamente sem realizar um diagnóstico prévio no qual possam basear as suas actividades de saúde (STEIN, 1989, p.23).

Para que um diagnóstico de saúde seja elaborado correctamente é necessário ter em conta as necessidades (reais e sentidas) da população, relacionar estas necessidades com a oferta e a procura de serviços e com a quantidade e qualidade da informação recolhida (IMPERATORI, 1993; TAVARES, 1990).

“O diagnóstico científico deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira, complementar os dados disponíveis; a segunda, aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor” IMPERATORI (1993, p.46).

O mesmo autor realça a importância dos aspectos socio-culturais da população em todo o processo do planeamento em saúde. A este respeito COLLIERE refere que “compreender a importância dos hábitos de vida, das crenças e dos valores permanece fundamental nas práticas de cuidados, à volta dos quais se constituíram na maioria das vezes” (2003, p.61).

Leininger indo ao encontro do referido, na sua Teoria da Diversidade e Universalidade aponta como pressuposto “o cuidar culturalmente congruente em enfermagem só ocorre quando o indivíduo, família ou comunidade, assim como os seus valores, expressões ou padrões de cuidar cultural são conhecidos e usados de forma adequada e significativa pelo enfermeiro” (LEININGER 2001, p.45).

Aliás no artigo 82º do Código Deontológico dos Enfermeiros relativo aos direitos à vida e à qualidade de vida está bem patente o dever de respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa. No que concerne às competências do Enfermeiro especialista é esperado que promova práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, especificamente promova o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de Enfermagem onde está inserido (OE, 2009).

O enfermeiro deve ter bem presente que cada indivíduo possui uma cultura, com tradições que o direccionam para a resolução dos problemas da vida, para que não descure a individualidade da pessoa em prol do grupo, pois tal como as culturas não são todas semelhantes, os indivíduos pertencentes a uma cultura não são todos iguais. “Cada indivíduo deve ser visto como um ser único, cujas diferenças devem ser respeitadas” (DEGAZON 1999, p.130). O próprio profissional de saúde deve ter uma consciência plena da sua própria cultura, padrões e valores culturais. Deve possuir informações sobre outras culturas, demonstrar interesse e aceitar representações e diferenças culturais de utentes provenientes de outras culturas ABREU (2008).

Perante estas afirmações torna-se imperioso o desenvolvimento da competência cultural.

Uma das definições mais citadas de competência cultural é segundo ALBUQUERQUE (2009) a de Cross e colaboradores, que salienta tratar-se de um conjunto de comportamentos, atitudes e políticas congruentes que se tornam consistentes num sistema, serviço, ou entre profissionais e que permite que trabalhem efectivamente em situações de diversidade cultural.

Segundo (DEGAZON 1999, p.130) “os objectivos da enfermagem culturalmente competente são providenciar cuidados que correspondam às necessidades culturais do cliente”. Ainda segundo a mesma autora “os enfermeiros comunitários devem ser culturalmente competentes porque: a cultura do enfermeiro difere frequentemente da cultura do cliente, a assistência que não é culturalmente competente para posteriormente aumentar o custo da assistência de saúde e diminuir as hipóteses de resultados positivos, é necessário ir ao encontro dos objectivos específicos das pessoas de culturas diferentes, tal como delineado no *Healthy People 2000*”.

Leininger, autora de referência no cuidar cultural, considera que a competência cultural depende da descoberta, por parte dos enfermeiros, das semelhanças e diferenças entre os cuidados tradicionais (populares) e os cuidados profissionais de enfermagem (LEININGER, 2001). Aliás um dos pressupostos da sua Teoria da Diversidade e Universalidade é que “o cuidar culturalmente congruente em enfermagem só ocorre quando o indivíduo, família ou comunidade, assim como os seus valores, expressões ou padrões de cuidar cultural são conhecidos e usados de forma adequada e significativa pelo enfermeiro” (LEININGER 2001, p.45).

O presente estudo desenrola-se num bairro onde a diversidade cultural é uma realidade, pelo que estas questões ligadas à competência cultural e à teoria proposta por Leininger assumem especial relevância. ALBUQUERQUE (2009) a este respeito refere que a competência necessária aos cuidados culturais torna-se essencial para garantir e instilar aos utentes o sentimento de serem realmente conhecidos pelo profissional que assume a responsabilidade no processo de cuidados.

### 1.3. RETRATO DO BAIRRO VALE DO FORNO

A intervenção no bairro Vale do Forno iniciou-se com as seguintes actividades:

- **Realização de uma reunião com a equipa responsável pelo projecto CLDS-VS** sediado numa das ruas do bairro (ANEXO I). Para a preparação desta reunião realizou-se pesquisa sobre o CLDS-VS, suporte legislativo e informações relativas à equipa. Esta reunião teve como principais objectivos: conhecer a equipa do CLDS- VS; conhecer a realidade do bairro Vale do Forno e identificar pontes de convergência entre o projecto desenvolvido pelo CLDS-VS e o trabalho que se pretendia desenvolver neste bairro ao longo do estágio módulo I e módulo II. Foi entregue pela equipa do CLDS VS o diagnóstico social da Vertente Sul efectuado em 2008, o qual foi analisado e retiradas as informações referentes ao bairro Vale do Forno.

Ao longo do estágio a sede do CLDS-VS tornou-se o local de ligação ao bairro e o trabalho em parceria fundamental para conseguir atingir os objectivos delineados. Este trabalho em parceria teve como critérios de base “ser sustentável no tempo, orientar-se para a intervenção na comunidade e numa perspectiva de longo prazo, pelo que deve enquadrar-se na promoção de um trabalho colaborativo, na partilha de recursos e na coordenação de serviços para se atingir determinados benefícios comuns (ORNELAS e MONIZ, 2007 p.153).

- **Realização de uma reunião com o presidente da Área Urbanística de Génese Ilegal (AUGI)**, com o intuito de auscultar a opinião e conhecimentos sobre o bairro e a sua população (ANEXO II).

Recolhido um maior número de informações sobre o bairro interessava partir para a recolha de dados junto da população necessários para a realização do diagnóstico de situação de saúde.

Esta etapa das **opções metodológicas** reveste-se de particular importância pois contribuiu com o cariz científico imprescindível a este relatório. A metodologia científica tem como principal meta a descoberta do conhecimento e tem sido utilizado de maneira produtiva por pesquisadores de enfermagem que se dedicam ao estudo de uma vasta gama de problemas de enfermagem (POLIT e HUNGLER, 1995).

É importante realçar que de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional (FORTIN, 1999).

Tendo por base a principal inquietação que despoletou este estudo: **Qual o diagnóstico de situação de saúde da comunidade do Vale do Forno?** - considerou-se que este se enquadra no paradigma quantitativo considerado “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”(FORTIN 1999, p.22). Pretende-se com este método desenvolver e validar os conhecimentos obtidos e generalizar os resultados à restante comunidade do bairro estudado (FORTIN, 1999).

“A abordagem de investigação quantitativa tem sido justificada pelo sucesso da medição, análise, réplica e conhecimento aplicado obtido neste paradigma” (STREUBERT 2002, p.1).

O estudo delineado está enquadrado nos estudos não experimentais e dentro destes na classe dos estudos descritivos (POLIT e HUNGLER, 1995; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001). Os desenhos de pesquisa não experimental são usados em estudos nos quais o investigador deseja explorar acontecimentos, pessoas e situações á medida que eles ocorrem naturalmente (LOBIONDO- WOOD E HABER, 2001) e sem a sua influência (POLIT e HUNGLER, 1995). É considerado descritivo simples, na medida em que “consiste em

descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (FORTIN 1999, p.163).

Relativamente à dimensão temporal o estudo realizado é transversal na medida em que a colheita de dados foi efectuada apenas numa única ocasião (LOBIONDO- WOOD E HABER, 2001). O presente estudo, à semelhança de estudos transversais realizados regularmente em vários países, em amostras representativas das populações, pretende focar características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relacionados com a saúde (BEAGLEHOLE et al , 2003). Os mesmos autores realçam que “os dados dos estudos transversais são úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde da população” (2003, p.41), contribuindo assim para a consecução de um dos objectivos definidos para este estudo.

No processo investigativo, o termo população pode designar um conjunto de pessoas ou elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (FORTIN, 1999; QUIVY E CAMPENHOUDT, 1998). Assim, define-se como população em estudo os residentes no Bairro Vale do Forno, Freguesia de Odivelas.

Uma outra actividade importante nesta fase do processo de recolha de dados foi a:

- **Observação e análise da planta do Bairro Vale do Forno** facultada pela Câmara Municipal de Odivelas, tendo-se constatado que o bairro tinha **436 fogos**. Tendo em conta os recursos humanos e temporais disponíveis foi feita uma amostragem da população. A amostragem é um processo de selecção de uma parte da população capaz de representar a sua totalidade (POLIT e HUNGLER, 1995; FORTIN, 1999; HABER, 2001).

De acordo com o estudo realizado considera-se a definição de amostra proposta por FORTIN: “ amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (1999, p.202). O tipo de amostragem utilizada foi a probabilística cuja principal característica reside no facto de cada elemento da população ter uma hipótese igual e independente de ser seleccionado (POLIT e HUNGLER, 1995; FORTIN, 1999; HABER, 2001). “A amostragem probabilística é claramente, o procedimento de amostragem ideal para garantir a representatividade de uma população de estudo” (HABER 2001, p.152).

Uma amostra é considerada representativa quando apresenta características idênticas às da população e “se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo tal que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra” (GHIGLIUONE E MATALON, 1997).

Tendo em atenção o anteriormente referido, dentro da amostragem probabilística, o tipo utilizado foi a amostragem aleatória simples, que “é uma técnica segundo a qual cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população alvo tem uma chance igual de ser escolhido para fazer parte da amostra” (FORTIN 1999, p.204). Este tipo de amostragem foi realizado através do programa EXCEL que com a sua função “*aleatório entre*” sorteou de entre a população alvo os números que iriam constituir a amostra. De seguida esses números foram integrados numa tabela. Todo este processo foi efectuada de acordo com o referido por FORTIN (1999, p.205), HABER (2001, p.145) e CARMO e FERREIRA (2008, p.211).

Assim, decidiu-se aplicar o instrumento de colheita de dados a **30% da população alvo**, o que corresponde a **130 agregados familiares**, tendo como principais objectivos maximizar a representatividade da amostra em relação às características da população e obter um maior número de inquiridos, sem tendências conscientes de modo a espelhar resultados fiáveis e passíveis de serem generalizados à comunidade em estudo (HABER 2001, p.145).

A fase da colheita de dados é crucial para o diagnóstico de saúde de uma comunidade. A este respeito, SHUSTER e GOEPFINGER salientam que “o primeiro objectivo da colheita de dados é adquirir informação útil acerca da comunidade e da sua saúde” (1999, p.319).

Como **instrumento de colheita de dados** optou-se pelo **formulário** logo o método utilizado foi o auto-relato e a técnica a entrevista estruturada. A entrevista estruturada refere-se a uma situação na qual um entrevistador pergunta a cada sujeito uma série pré-estabelecida de questões (...), pelo que é o tipo de entrevista mais indicado na investigação quantitativa (STREUBERT, 2002).

O formulário é considerado um instrumento totalmente estruturado no qual se solicita “aos sujeitos que respondam exactamente às mesmas perguntas, e exactamente da mesma ordem, sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções para as suas respostas” (POLIT E HUNGLER 1995, p. 168).

A escolha deste instrumento prendeu-se com o conhecimento do bairro e das características da população, nomeadamente a diversidade cultural, resultante da experiência enquanto enfermeira na ECCI do CSO e dos resultados apresentados no Diagnóstico Social efectuado em 2008 pelo CLDS-VS, no qual é referido que o nível de instrução é tendencialmente fraco, com predominância dos níveis até ao 9º ano de idade.

Foi analisado o formulário elaborado por CASTRO, GALIETA e LACROIX (2008), replicado novamente num estudo desenvolvido por FIGUEIREDO (2009) uma vez que tinha sido testado e utilizado em estudos com o mesmo objectivo, noutros bairros da área de abrangência do Centro de Saúde da Pontinha, limítrofes ao bairro em estudo e com características semelhantes. Neste sentido seguiram-se as seguintes actividades:

- **Reunião com a Enfermeira Teresa Figueiredo** e solicitada a respectiva autorização para utilização do formulário, a qual foi concedida (ANEXOIII);
- **Formulação das alterações respeitantes à identificação do formulário e introdução de pequenas modificações** fruto das informações prévias sobre a população do bairro e de sugestões da enfermeira orientadora do estágio. O formulário que foi aplicado é apresentado no ANEXO IV. Actuou-se de igual forma para o guião do formulário (ANEXO V).
- **Pedido de autorização ao CSO para realização do estudo** (Anexo VI).

Na folha de rosto do formulário consta: o tema do estudo, sua importância, objectivos e tempo de aplicação do mesmo. Na nota introdutória está ainda explícito que o anonimato será mantido ao longo de todo o estudo. O formulário é constituído por três grandes grupos de questões.

- ✓ O primeiro grupo é constituído por 17 questões e respectivas alíneas, que têm como objectivo caracterizar a população de uma forma demográfica.
- ✓ O segundo grupo é constituído por 5 questões e têm o objectivo caracterizar as condições habitacionais da população.
- ✓ O último grupo é constituído por 2 questões nas quais se pretende identificar as necessidades de informação sentidas pelos sujeitos e qual o significado que atribuem ao conceito “Viver com Saúde”.

Nesta etapa desenvolveram-se as seguintes actividades:

- **Divulgação da realização do diagnóstico de saúde** através de uma nota informativa à população em locais estratégicos do bairro nomeadamente, a farmácia, os locais de comércio, a sede do CLDS-VS, de modo a informar o maior número possível de residentes do início do estudo (ANEXO VII).

- **Aplicação dos formulários** que foi efectuada em vários dias da semana, no período da manhã e no final da tarde e ainda aos sábados para assim evitar ao máximo o enviesamento da amostra por ausência dos residentes da sua habitação.

À semelhança do definido pelas autoras do formulário estabeleceram-se os seguintes critérios de aplicação do formulário: ao cabeça de casal do agregado familiar ou na ausência deste, residente com idade superior a 18 anos; a sujeitos disponíveis. O tempo médio de aplicação dos formulários foi cerca de 20 minutos.

Recolhida a informação, a actividade seguinte foi:

- **Realização do tratamento dos dados obtidos.** “O tratamento de dados está relativamente formalizado, quer se trate de dados qualitativos, quer de quantitativos” LESSARD- HEBERT [et al] (2005,p.117). Trata-se sempre de condensar ou resumir a informação, estruturar ou decompor em factores e apresentar as relações daí resultantes. No presente estudo o método utilizado para o tratamento de dados foi a **análise quantitativa** através da **estatística descritiva**. A estatística descritiva permite descrever e sintetizar os dados obtidos na investigação (POLIT E HUNGLER, 1995; BELLO, 2001). Este tipo de estatística possibilita ainda, a determinação de frequências, de medidas de tendência central e de medidas de dispersão (Fortin,1999). Assim, procedeu-se à análise dos dados quantitativos através do programa informático “Statistical Package for the Social Sciences”, (SPSS, versão 14 for Windows). A codificação dos resultados foi representada através de gráficos e tabelas, com a respectiva análise, para uma melhor compreensão dos dados.

O **complemento qualitativo** proveniente das respostas à pergunta aberta presente no formulário foi sujeito a **análise de conteúdo** (ANEXO VIII). A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, onde se procede à *“desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização- atribuição de traços de significação resultantes de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise”* VALA (1986:104). Procedeu-se à transcrição integral das respostas dadas, o que permitiu obter as unidades de registo e a partir daí as respectivas categorias. Todo este processo teve a sua organização em torno de três pólos cronológicos: “a pré-análise; a exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” BARDIN (1977, pag.95). VALA refere ainda que a análise de conteúdo permite “efectuar inferências com base numa lógica explicitada sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (1986,p.104).

No desenrolar do estudo sucedeu a actividade:

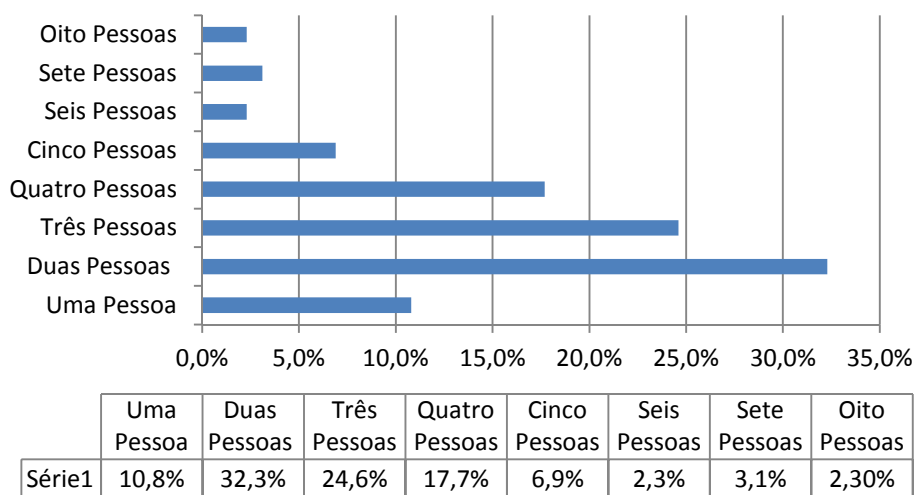
- **Análise e apresentação dos dados** que se encontra na sua forma integral no **Apêndice I**, sendo feita no corpo do relatório de forma descritiva. A apresentação e análise dos dados será feita de acordo com a estrutura do instrumento de colheita de dados e os resultados serão agrupados nas seguintes dimensões:

- ✓ Dimensão sócio-demográfica
- ✓ Dimensão relativa ao estado de saúde
- ✓ Dimensão habitacional
- ✓ Dimensão relativa às expectativas da população

É importante relembrar que foram aplicados **130 formulários**, a **130 agregados** familiares, que representam uma amostra de **401 sujeitos**. O facto de o formulário ser aplicado a apenas um elemento, que respondeu pela restante família, leva à existência de duas unidades amostrais distintas: agregado familiar e número total de sujeitos. Ao longo da análise dos dados, sempre que necessário, irá ser feita atempadamente esta distinção para evitar erros de interpretação de dados.

Relativamente à **DIMENSÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA** e no que concerne à existência de mais do que um agregado familiar na residência verificou-se em 14, 6% dos casos, sendo que em todas as situações os inquiridos eram emigrantes, que apesar de compartilharem a mesma residência com outras pessoas não tinham economia em comum.

No que concerne ao **número de elementos que constitui o agregado familiar** constatou-se pela análise do gráfico nº 1 que a maior percentagem, 32,3%, é de dois elementos, seguida de perto pelos 3 elementos com 24,6%, sendo o máximo 8 e o mínimo 1 elemento. Estes valores são similares aos apresentados pelo Núcleo Executivo Rede Social Conselho Odivelas (NERSCO, 2005) onde as famílias, em média eram constituídas por 2,74 elementos.



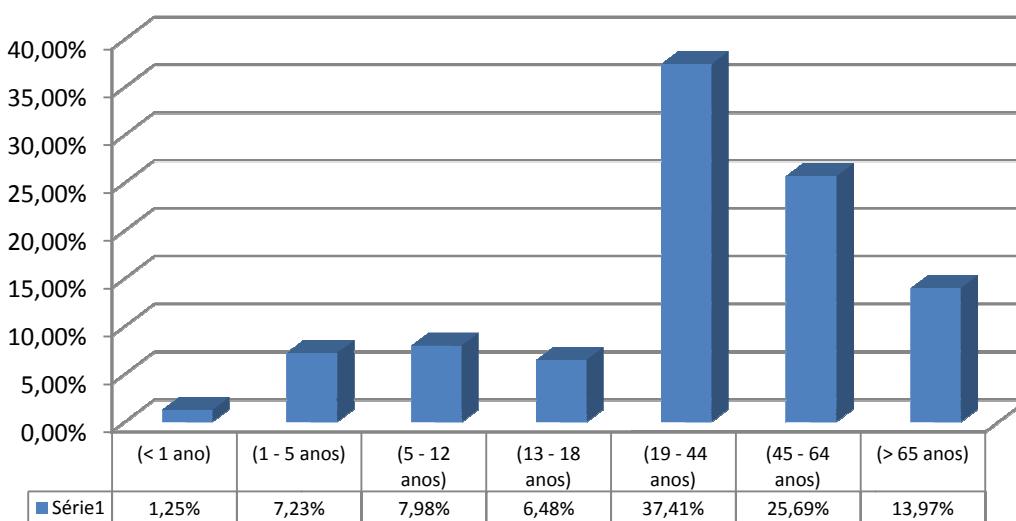
**Gráfico nº 1 - Distribuição do nº de pessoas por agregado familiar**

No que diz respeito à **estrutura familiar**, observando o quadro nº 1 verifica-se que, predominam as famílias conjugais nucleares com filhos, seguindo-se as famílias conjugais nucleares sem filhos, representando 33,1% e 23,80%, respectivamente. Estes dados, estão em consonância com os dados apresentados no Diagnóstico Social efectuado pelo CLDS-VS em 2008. De realçar o aumento da percentagem de famílias unipessoais e monoparentais extensas quando comparadas com o diagnóstico de 2008.

Tipo de Famílias	Percentagem	n = 130
Unipessoais	10,80%	14
Conjugais Nucleares com Filhos	33,10%	43
Conjugais Nucleares sem Filhos	23,80%	31
Monoparentais	5,40%	7
Extensas	12,30%	16
Unipessoais mais pessoas aparentadas	5,40%	7
Monoparentais extensas	9,20%	12

**Quadro nº 1 – Distribuição dos sujeitos segundo a estrutura familiar**

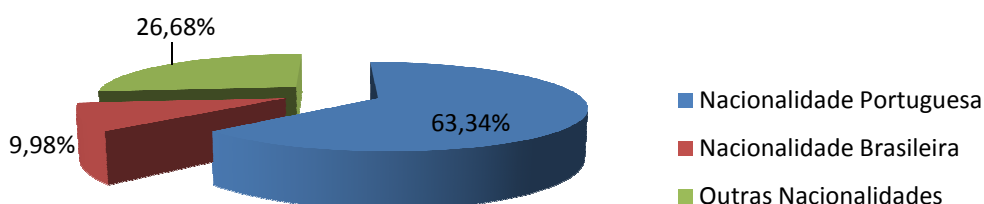
Os **intervalos de idades** representados no gráfico nº2 foram adaptados segundo o definido pelo *National Library of Medicine - Medical Subject Headings* (DH&HS, 2009). Verifica-se que o intervalo com maior expressão é o de 19-44 anos com 37,14%, que conjuntamente com a faixa etária dos 45-64 anos, esta com 25,69%, contribui com a população em idade activa. A soma destas duas percentagens, 62,83%, é superior à apresentada no diagnóstico social efectuado no bairro em 2008, 56% (CLDS-VS; 2008). De salientar que a percentagem de sujeitos com mais de 65 anos, 13,97% é muito próxima da apresentada nos censos de 2001 para o concelho de Odivelas (INE, 2003). Este dado contraria o que se constata no resto do país onde se tem vindo a observar que o número de pessoas com mais de 65 anos aumentou de 16,8% para 17,6% no período de 2003-2008 (INE, 2009) o que poderá estar relacionado com os fluxos migratórios existentes no bairro.



**Gráfico nº2 – Distribuição dos sujeitos segundo as faixas etárias**

Relativamente **ao género**, verificou-se uma homogeneidade, sendo que predomina ligeiramente o sexo feminino quer na população com menos de 18 anos, quer na população com maioridade, dado que foi também achado em 2008 para o mesmo bairro (CLDS-VS, 2008) e no diagnóstico social do concelho de Odivelas em 2005 (NERSCO; 2005).

Quanto **à nacionalidade**, analisando o gráfico nº 3 observa-se que a nacionalidade mais expressiva é a portuguesa, com 63,34%.



**Gráfico nº 3- Distribuição dos sujeitos segundo a nacionalidade**

Pode ainda referir-se, e fazendo uma comparação dos dados obtidos no presente estudo com os dados apresentados pelo CLDS-VS (2008), que a nacionalidade brasileira tem vindo a aumentar a sua representação neste bairro, constituindo assim, de uma forma isolada, a segunda nacionalidade mais representada na amostra inquirida, com 9,98%. O quadro nº2 espelha a **diversidade cultural** existente no bairro em estudo e apresenta a totalidade de países que contribuem para as outras nacionalidades. Depois da nacionalidade portuguesa seguem-se os nacionais dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) num total de 18,46%, sendo que a nacionalidade que se destaca é a nacionalidade Angolana com 5,99%, logo seguida por São Tomé com 5,74%. Os naturais dos países de leste e de acordo com os dados disponíveis parecem registar uma subida, com predominância dos habitantes oriundos da Ucrânia.

Nacionalidade	Percentagem	n = 401
Portuguesa	63,34%	254
Brasileira	9,98%	41
Angolana	5,99%	24
Guineense	2,49%	10
Ucraniana	2,24%	9
Russa	0,50%	2
Romena	0,50%	2
Indiana	2,74%	11
São Tomense	5,74%	23
Guine-Conakry	1,00%	4
Paquistanesa	2,24%	9
Moçambicana	0,25%	1
Cabo Verdiana	2,99%	11

**Quadro nº 2-** Distribuição dos sujeitos segundo as **diversas nacionalidades**

Os dados apresentados vão ao encontro do referido no MIGHEALTHNET, relatório apresentado por FONSECA e colaboradores “os anos 90 do século XX caracterizam-se pela consolidação e crescimento da população imigrante residente em Portugal com destaque para as comunidades oriundas dos PALOP e do Brasil, assim como pela emergência gradual de novos fluxos migratórios vindos da Europa de Leste e dos países da Ex-URSS. Em Portugal os imigrantes oriundos do continente asiático são menos numerosos. Contudo, é importante notar o recente crescimento dos chineses, paquistaneses, indianos e bangladeshes” (2009,p.5).

Em relação à **naturalidade** dos inquiridos foi adoptada a classificação NUTS II de acordo com o proposto pela EUROSTAT (2003, 2008) e pelo INE (2008). Assim, analisando o quadro nº3, verifica-se que o predomínio corresponde à região de Lisboa e Vale do Tejo com 47,06%, seguida da Região Centro com 23,92%, a região Norte com 12,55%, o Alentejo com 4,71% e por último o Algarve com apenas 1,18%. Estes dados desenham o percurso dos fluxos migratórios que formam esta comunidade.

Naturalidade	Percentagem	n = 401
Região Norte	12,55%	50
Região Centro	23,92%	96
Lisboa e Vale do Tejo	47,06%	188
Alentejo	4,71%	19
Algarve	1,18%	5
Paquistão	0,39%	2
Guiné - Bissau	2,35%	10
Angola	3,92%	15
São Tomé	0,78%	3
Ucrania	0,78%	3
Polónia	0,39%	2
Cabo Verde	1,57%	8

### Quadro nº 3 - Distribuição dos sujeitos quanto à naturalidade

Os naturais de países estrangeiros representam nesta amostra, uma percentagem de 10,48%, inferior à encontrada no diagnóstico Social efectuado em 2008 (CLDS-VS, 2008), o que pode retratar a agilidade do processo de legalização. Aliás na questão relativa à situação de legalidade, apenas um sujeito referiu não ter a sua situação legal.

Não foram identificadas nos sujeitos inquiridos qualquer tipo de etnia.

Relativamente à religião, através da observação do gráfico nº4, verificou-se que a religião católica é a dominante com 65,03%, dado similar ao referido no diagnóstico social do concelho de Odivelas, 64,3% (NERSCO,2005) e ligeiramente inferior ao encontrado pelo CLDS (2008), 73%. Também em Portugal a percentagem de católicos tem vindo a diminuir; em 2001, segundo o Anuário Católico de Portugal, a percentagem de católicos era de 93,3% da população e em 2006 89,8% - 9,38 milhões de católicos para uma população de quase 10,5 milhões de pessoas. (ECCLESIA, 2006). Verifica-se que a acompanhar a diversidade de culturas encontramos também diferentes religiões sendo assinaladas seis religiões diferentes, embora com percentagens inferiores, destacando-se a religião evangélica.

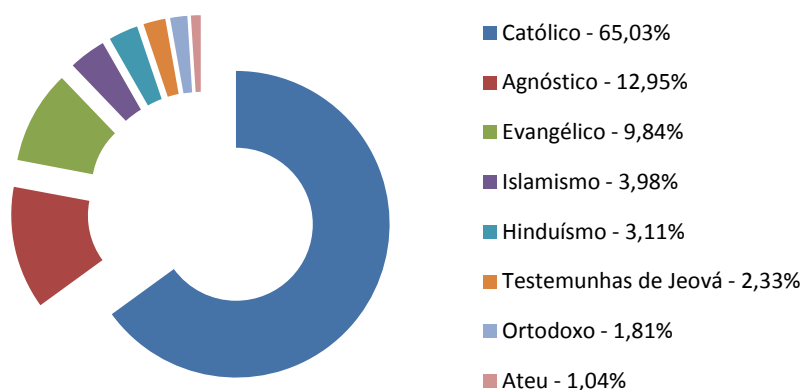
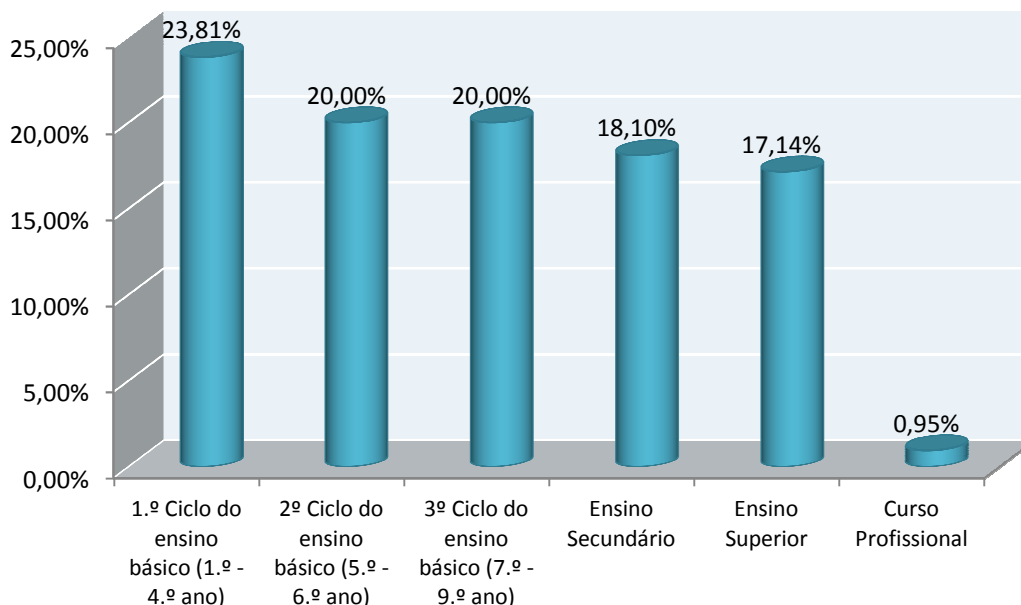


Gráfico nº 4 – Distribuição dos sujeitos segundo as opções religiosas

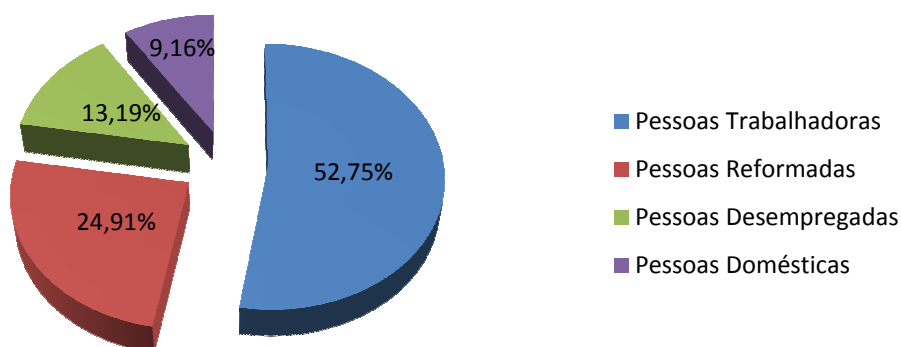
Relativamente à **escolaridade** a análise do gráfico nº5 permite registar que se encontram a estudar **105** sujeitos o que corresponde a uma percentagem de **26,81%** em relação à amostra total. Deste total de sujeitos verifica-se que 23,81% frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo que os restantes se distribuem de forma equilibrada pelos restantes ciclos de estudo, à excepção do Curso Profissional que contribui apenas com 0,95%.

Apenas se encontram em situação de trabalhador-estudante 10 sujeitos.



**Gráfico nº 5 – Distribuição dos sujeitos segundo a escolaridade que frequentam**

Relativamente à **situação laboral**, e analisando o gráfico nº6, verifica-se que o número de sujeitos a que diz respeito este item é de **273**, o que corresponde a **68,07%** da amostra em estudo. Destes sujeitos, 52,75% encontram-se a trabalhar, 24,91% reformados e 13,19% estão desempregados. A taxa de desemprego verificada é ligeiramente superior à divulgada pelo CLDS e ainda pela taxa de desemprego nacional divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para o 1º trimestre de 2010, cujo valor era de 10,6% (INE, 2010).



**Gráfico nº 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a situação laboral**

Relativamente ao **grau de instrução** dos sujeitos acima referenciados, conforme se observa no quadro nº4, sobressai o 1º ciclo do ensino básico com 39,4%, à semelhança dos diagnósticos efectuados anteriormente (NERSCO, 2005; CLDS-VS, 2008). Seguem-se o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário com 19,92% e 19,52% respectivamente. É importante realçar a percentagem dos sujeitos com o curso superior – 5,98%, praticamente o dobro da percentagem divulgada aquando do diagnóstico efectuado pelo CLDS-VS.

<b>Grau de Instrução</b>	<b>Percentagem</b>	<b>n = 273</b>
<b>Sem Grau de Instrução - Analfabeto</b>	3,19%	9
<b>Sem Grau de Instrução - Sabe Ler e Escrever</b>	1,59%	4
<b>1.º Ciclo do ensino básico (1.º - 4.º ano)</b>	<b>39,04%</b>	106
<b>2º Ciclo do ensino básico (5.º - 6.º ano)</b>	9,56%	26
<b>3º Ciclo do ensino básico (7.º - 9.º ano)</b>	19,92%	54
<b>Ensino Secundário</b>	19,52%	53
<b>Ensino Superior</b>	5,98%	17
<b>Curso Profissional</b>	1,20%	4

**Quadro nº 4 – Distribuição dos sujeitos segundo o grau de escolaridade**

No que concerne ao **vínculo laboral** dos sujeitos que se encontram a trabalhar, predomina o Contrato a tempo indeterminado, com 30,25%, seguido do contrato a tempo certo com 30,25%. Com situação precária encontramos 16,05% da amostra acima referida.

Relativamente à **distância percorrida** para o local de trabalho ou para a escola, constata-se que a maior percentagem se situa no intervalo 11 a 20 km com 63,93%, logo seguido do intervalo 6 a 20 Km com 39,27%. Pela observação aquando da colheita de dados comprova-se que os 14,61% correspondentes à distância inferior a 1 km dizem respeito maioritariamente aos estudantes, deslocando-se muitos deles a pé no trajecto casa/ escola.

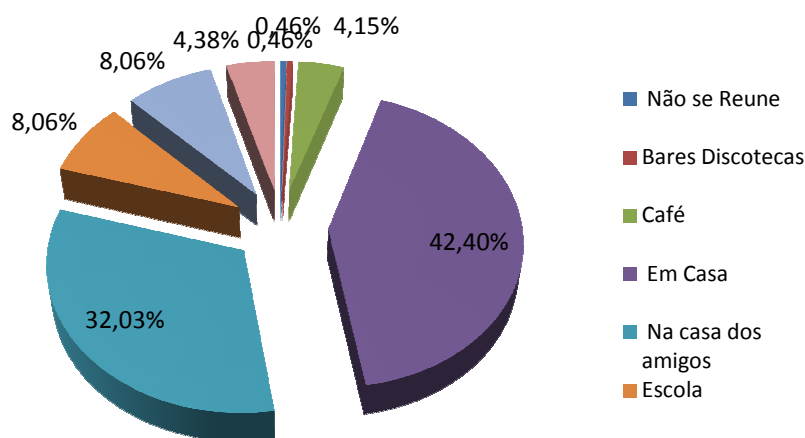
Quanto ao **meio de deslocação** a percentagem é distribuída de uma forma equilibrada pelo autocarro e o metropolitano, sendo que o automóvel é referido por 22,84% dos sujeitos inquiridos.

No que diz respeito às **actividades recreativas** observa-se, no quadro nº5, que ver televisão é a actividade mais referenciada pelos sujeitos desta amostra, com 30,7%, seguida da actividade descansar com 18,96%. Estes dados levam a inferir o carácter sedentário dos respondentes. As actividades ligadas à informática foram expressas pelos sujeitos mais jovens.

Actividades de Lazer	Percentagem	n =401
Descansar	18,96%	76
Fazer Exercício	3,16%	12
Ir ao Cinema	0,68%	3
Jogar no Computador	10,84%	43
Navegar na Internet	4,97%	20
Ler	5,42%	21
Ouvir Musica	10,16%	41
Passear	14,45%	58
Ver Televisão	<b>30,70%</b>	124
Outros	0,68%	3

**Quadro nº 5-** Distribuição dos sujeitos segundo as **actividades de lazer**

No que concerne **ao local de reunião com os amigos**, de acordo com o gráfico nº 7, é privilegiado o encontro em casa, com 42,4% e em casa dos amigos com 32,03%. A escola e a igreja surgem ambas com 8,06%. O café não parece ser o local de eleição surgindo apenas com 4,15%.

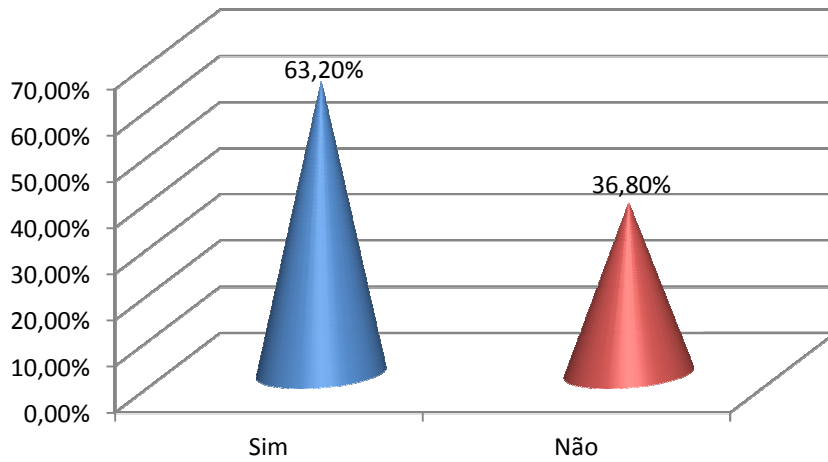


**Gráfico nº 7-** Distribuição dos sujeitos segundo o **local de encontro com os amigos**

No que diz respeito à **DIMENSÃO RELATIVA AO ESTADO DE SAÚDE** do total da amostra em estudo, 76,7% encontram-se **inscritos no Centro de Saúde de Odivelas (CSO)**. Dos sujeitos não inscritos no Centro de Saúde de Odivelas, é de realçar que 27,30 % não estão inscritos em qualquer Centro de Saúde (CS). Observamos que a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que se destaca com 87% dos sujeitos que têm a sua inscrição num outro centro de saúde. A região Centro e o Algarve contribuem com 8,70% e 4,30%,

respectivamente, tendo os sujeitos referido como principal motivo de permanência nesses centros de saúde o receio de ficarem sem médico de família.

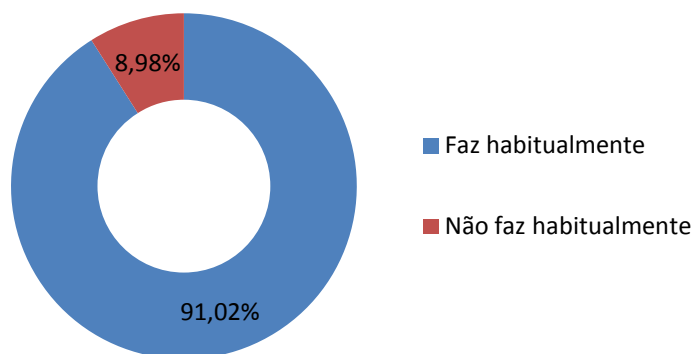
Relativamente à **atribuição de médico de família** o gráfico nº 8 mostra que 36,80% da amostra em estudo não tem médico de família.



**Gráfico nº 8-** Distribuição dos sujeitos quanto à **atribuição de médico de família**

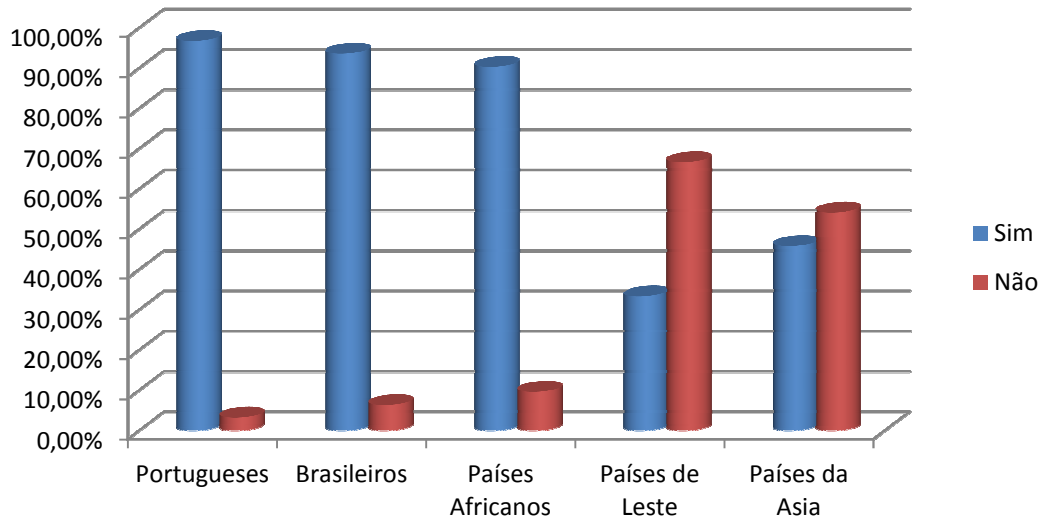
Quando questionados sobre **o motivo pelo qual não têm médico de família** a razão mais enunciada foi não haver médico disponível em 48,10% das respostas. Importa salientar que em 25,90% dos casos o motivo foi a reforma do médico e em 14,80% a saída do médico para outra unidade. Estes dados permitem inferir que a situação tem vindo a agravar-se, contribuindo para o aumento do número de pessoas sem médico de família.

No que concerne à **vigilância de saúde** a análise do gráfico nº9 mostra que 91,2% dos sujeitos realizam vigilância de saúde.



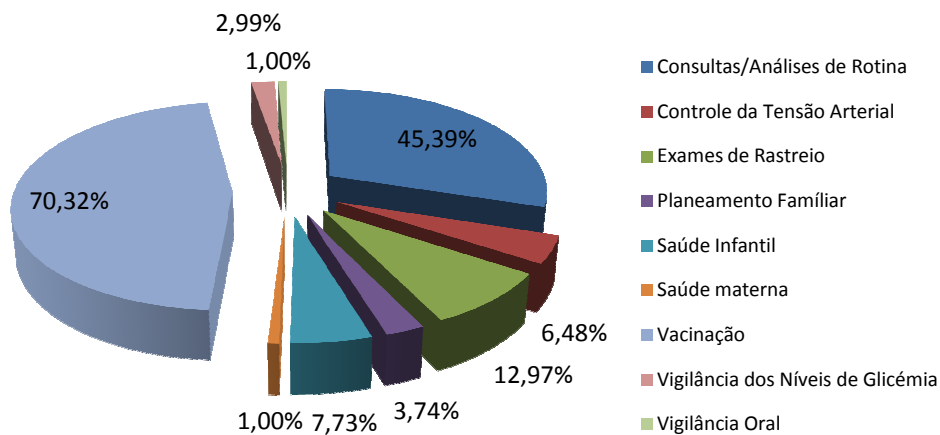
**Gráfico nº9-** Distribuição dos sujeitos segundo a realização de **vigilância de saúde**

O gráfico nº10 apresenta o cruzamento das variáveis **vigilância de saúde/ nacionalidade** permitindo verificar que os sujeitos que não realizam vigilância de saúde são predominantemente os emigrantes, com especial relevo para os cidadãos oriundos dos países de Leste e da Ásia.



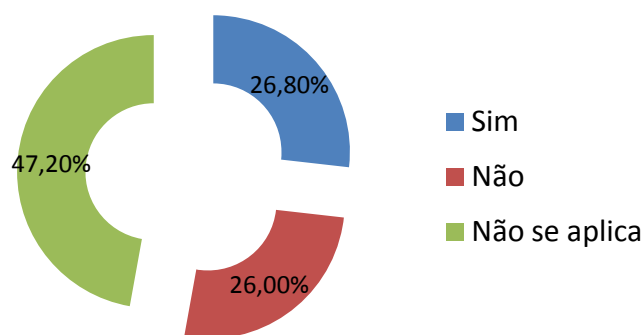
**Gráfico nº10-** Distribuição dos sujeitos segundo a realização de **vigilância de saúde/nacionalidade**

Da análise do gráfico nº 11 verificou-se que, dos sujeitos que realizam vigilância de saúde, a vacinação sobressai com uma percentagem de 70,32%, seguida das consultas e análises de rotina com 45,3%. Os seguintes itens surgem com percentagens significativamente mais baixas, o que pode estar associado ao défice de profissionais de saúde no CSO e consequente inexistência de programas como a consulta de diabetes e a consulta de doenças cardiovasculares.



**Gráfico nº11-** Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de **vigilância de saúde realizada**

Relativamente **ao planeamento familiar** e nos 52,80% dos casos em que esta questão se aplicava, ou seja em indivíduos com uma vida sexualmente activa e com capacidade de se reproduzir, quase metade dos inquiridos não utilizavam qualquer método anticoncepcional, como se pode observar no gráfico 12.



**Gráfico nº12-** Distribuição dos sujeitos quanto ao **planeamento familiar**

Nos 26,80% dos casos em que é utilizado **método anticoncepcional**, a pílula é o método de eleição em 50% dos casos, sendo a restante percentagem dividida pelos diferentes métodos anticoncepcionais. Em relação às **gravidezes ocorridas**, correspondentes a uma amostra parcial de 61 mulheres, 70,50% responderam que foram planeadas. As gravidezes não planeadas deveram-se em 60% dos casos à não utilização de um método contraceptivo, em 20% das situações gravidezes ocorreram na adolescência e os restantes 20% não estavam a pensar engravidar.

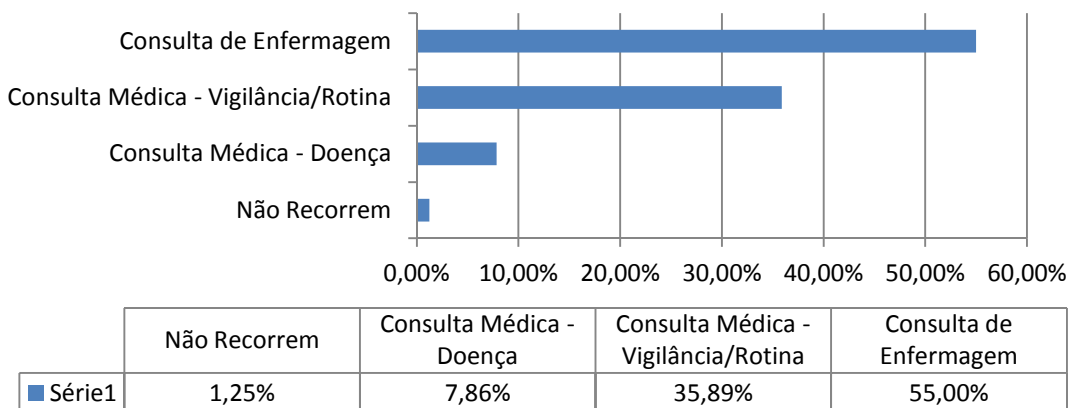
No que diz respeito às **patologias referidas pelos sujeitos inquiridos**, o quadro nº6 permite visualizar a sua variedade. A patologia cardiovascular é a mais referenciada com 22,54%, seguida das patologias osteo-articular e musculo-esqueléticas com 17,84% e pela patologia endócrina com 13,15%.

Patologias	Percentagem	n = 213
Auditiva	2,35%	5
Cardiovascular	<b>22,54%</b>	48
Dermatológica	3,76%	8
Trato Urinário	2,35%	5
Endócrina	13,15%	28
Gastroenterológica	3,76%	8
Ginecológica	4,23%	9
Hepática	1,41%	3
Neurológica	8,45%	18
Oftalmológica	3,29%	7
Oncológica	2,82%	6
Osteoarticular/Musculo-esqueléticas	17,84%	38
Psiquiátrica	3,29%	7
Renal	1,88%	4
Respiratória	8,92%	19

**Quadro nº 6-** Distribuição dos sujeitos segundo as **patologias** encontradas

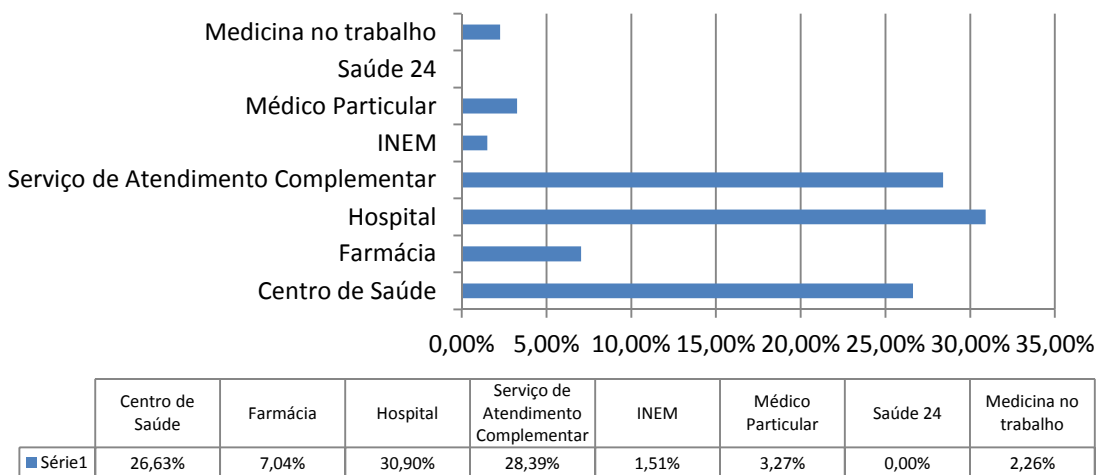
Relativamente às **doenças transmissíveis** apenas se identificaram em três sujeitos o que corresponde a 0,75% da amostra em estudo. As patologias identificadas foram VIH, Tuberculose Pulmonar e Hepatite C.

Em relação às **situações em que os sujeitos recorrem ao centro de saúde** observa-se que a consulta de enfermagem surge referenciada por 55% dos sujeitos, contribuindo para tal, em grande parte, a vacinação, 35,89% dos sujeitos recorrem à consulta médica de vigilância/rotina e 7,86% em situação de doença.



**Gráfico nº13-** Distribuição dos sujeitos segundo as situações em que recorrem ao CS

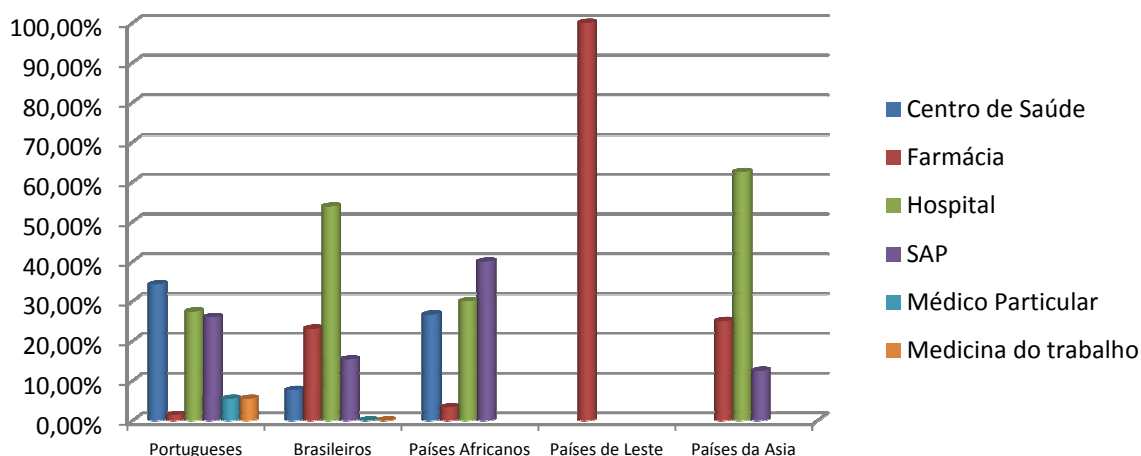
Em **situação de doença**, observando o gráfico nº14, constata-se que os sujeitos da amostra inquirida recorrem mais frequentemente ao hospital com uma percentagem de 30,9%, segue-se o serviço de atendimento complementar com 28,39% e o centro de saúde com 26,63%.



**Gráfico nº14-** Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença

De realçar que 7,04% dos sujeitos da amostra recorrem à farmácia, e através do cruzamento das variáveis **local onde recorrem em caso de doença/nacionalidade** que deu origem ao gráfico nº15, foi possível verificar que os inquiridos são quase exclusivamente emigrantes, destacando-se os emigrantes de leste, para os quais é mesmo a única entidade referida. Estes dados vão ao encontro dos apresentados por FONSECA et al (2007)

que mostram que as comunidades brasileiras e da Europa de Leste, estabelecidas há menos tempo em Portugal, recorrem ao Serviço Nacional de Saúde sobretudo em casos de urgência e, por isso, há muitos que praticam a automedicação ou dirigem-se apenas à farmácia.



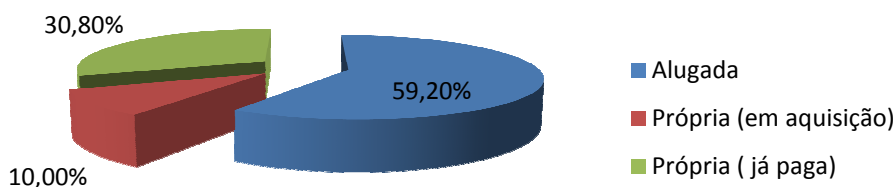
**Gráfico nº15- Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença/nacionalidade**

Do total da amostra inquirida apenas 17,21% referem **consumir bebidas alcoólicas**. Dos que consomem 34,50% menciona consumir frequentemente, sendo que a maioria consome menos de 2 copos/dia (65,5%) e 26,10% consome 3 a 5 copos/dia.

Em relação **ao consumo de tabaco** este apenas surge em 8,48% da amostra, o que corresponde a 34 sujeitos. Dos 34 sujeitos que apresentam hábitos tabágicos, o intervalo mais expressivo é o de 11 a 20 cigarros com 32,35%, se bem que os restantes intervalos apresentam percentagens muito similares.

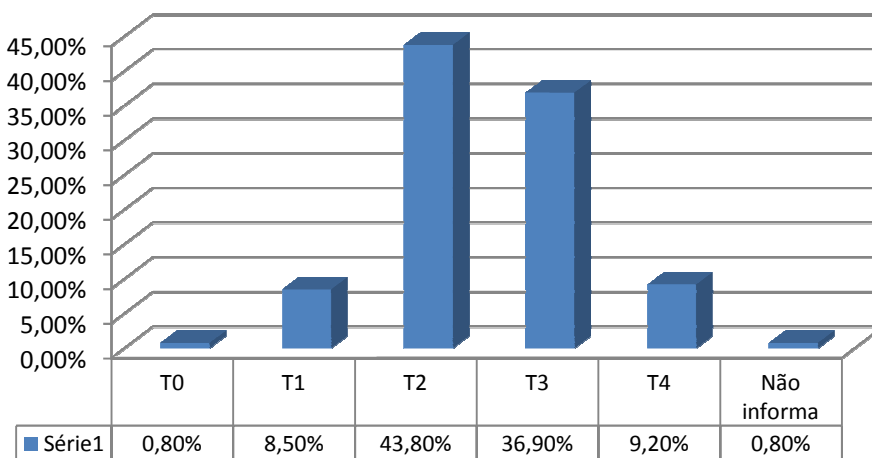
Relativamente **ao consumo de substâncias ilícitas** não houve nenhuma resposta afirmativa.

Na **DIMENSÃO HABITACIONAL** pretende-se caracterizar o parque habitacional, expondo as condições das habitações. O gráfico nº16 diz respeito ao **regime de ocupação da habitação** sendo o mais frequente a habitação alugada, em 59,20% dos casos, o que se comprova no terreno, através das entrevistas com os conhecedores do bairro, referindo a existência dos proprietários que procedem ao aluguer e os arrendatários. Verifica-se que 30,80% dos agregados familiares residem em casa própria e já paga e 10% em casa própria em aquisição.



**Gráfico nº 16- Distribuição dos agregados por regime de ocupação**

Relativamente à **tipologia da habitação**, analisando o gráfico nº 17 constata-se que 43,80% das habitações são T2 e 36,90% são T3.



**Gráfico nº 17- Distribuição dos agregados por tipologia da habitação**

A **origem da água consumida** pela totalidade dos inquiridos é proveniente da rede pública.

Relativamente às **condições habitacionais**, o quadro nº7 mostra que a maioria das habitações, 70,80% possui as condições necessárias para o dia-à-dia, nomeadamente esquentador, fogão, frigorífico, luz eléctrica, máquina de lavar roupa, telefone e televisão. Quando associado a este conjunto surgem os aquecedores esse grupo apenas aparece em 20% das habitações. De realçar que 9,3% das habitações não possuem esquentador, o que corresponde a 13 habitações, dificultando as questões relacionadas com a higiene e conforto.

Condições Habitacionais	Percentagem	n = 130
Aquecedores; Esquentador; Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	20,00%	26
Esquentador; Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	70,80%	92
Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	6,20%	8
Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica	2,30%	3
Fogão; Luz eléctrica; Máquina de Lavar Roupa; Telemóvel	0,80%	1

**Quadro nº 7- Distribuição dos agregados segundo as condições habitacionais**

Dos 130 agregados familiares que constituem a amostra em estudo 39 **possuem animais**, o que corresponde a 30%. Os animais que existem em maior número são as galinhas com 20,39%, o que comprova o carácter rural deste bairro do concelho de Odivelas. Do total de animais identificados 51,30% realizam vigilância veterinária, 30,80% não necessitam de vigilância veterinária e 17,90% não realizam vigilância.

#### Segue-se a **DIMENSÃO RELATIVA ÀS EXPECTATIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO.**

Em relação **às necessidades de informação** quando questionados os 130 inquiridos representantes do agregado familiar, apenas 29,20% responderam que gostariam de obter informações, o que corresponde a 38 inquiridos. Dos 38 inquiridos que **desejam receber informação**, 33,8% gostariam que lhe fosse focado o tema patologias, muitas vezes associado com dúvidas relacionadas com as suas próprias doenças. A orientação profissional foi verbalizada por 24,13% dos sujeitos. A restante percentagem é dividida por diversos temas.

A questão 24 apresenta as opiniões dos inquiridos sobre o **conceito de viver com saúde**. É importante registar que nesta questão a amostra diz respeito ao representante do agregado familiar, pelo que serão tratadas **130** respostas. O ANEXO VIII diz respeito à análise de conteúdo da questão 24.

Assim, após realizada a análise das respostas foram encontradas as seguintes categorias: **Sensação de Bem-Estar; Ser Feliz, Ter Qualidade de Vida; Bem Essencial, Ter Paz; Manutenção de Capacidades; Hábitos de Vida Saudáveis; Ausência de Problemas; Ausência de Doença; Ausência de Dor; Estabilidade nas Relações com a Família e Amigos; Acesso aos Recursos de Saúde.**

O quadro nº 8 espelha as categorias identificadas com as respectivas percentagens, resultantes da soma das unidades de registo atribuídas a cada uma delas.

<b>Conceito de viver com saúde</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Sensação de bem-estar</b>	29	15,68%
<b>Ser feliz</b>	10	5,41%
<b>Ter qualidade de vida</b>	11	5,95%
<b>Bem essencial</b>	<b>33</b>	<b>17,84%</b>
<b>Ter paz</b>	6	3,24%
<b>Manutenção de capacidades</b>	16	8,65%
<b>Hábitos de vida saudáveis</b>	22	11,89%
<b>Ausência de problemas</b>	9	4,86%
<b>Ausência de doença</b>	21	11,35%
<b>Ausência de dor</b>	22	11,89%
<b>Estabilidade nas relações com a família e amigos</b>	4	2,16%
<b>Acesso aos recursos de saúde</b>	2	1,08%

**Quadro nº 8-** Distribuição dos sujeitos segundo o **conceito de viver com saúde**

A primeira conclusão a reter da análise deste quadro é a diversidade de respostas para definir o conceito viver com saúde. A “saúde é a característica principal da nossa vida, é um domínio de acção que diz respeito a todos nós”, e por isso mesmo assume um “sentido variável, aberto a muitas interpretações” (HONORÉ, 2002:18)

ARNOLD e BREEN (2006) retratam dez ideias de saúde: a antítese da doença, um estado de equilíbrio, o crescimento, a capacidade funcional, a bondade, plenitude, bem-estar, transcendência, empoderamento e saúde como um recurso, e todas juntas revelam a complexidade do conceito. Interessante verificar que algumas destas ideias de saúde são também identificadas nas unidades de registo decorrentes do discurso dos inquiridos.

Verifica-se que a categoria com maior número de unidades de registo foi a **Saúde Como Bem Essencial**, com 33 unidades de registo, o que corresponde a 17,83% das respostas dadas, das quais se destaca “É a coisa primordial, com saúde posso governar a minha vida e ajudar os outros; é a base para tudo” (F17).

Segue-se a categoria **Sensação de Bem-Estar**, com 15,67% das respostas dadas, equivalente a 29 unidades de registo e que pode ser espelhada através da seguinte “Viver com saúde é estar bem em todos os aspectos” (F6). Indo ao encontro destas e de outras categorias referidas na tabela 9, também HOFFMAN (2005) refere outros critérios relacionados com a saúde para além da ausência da doença, como bem-estar, felicidade, a prosperidade humana, e capacidade de realizar objectivos vitais ou a possibilidade de funcionar como um todo.

A categoria **Ausência de Dor** surge com 11,89%, o que permite inferir a importância atribuída pelos sujeitos ao fenómeno dor, visível na seguinte unidade de registo “Viver com saúde é estar sem dores” (F41).

A dor pode surgir ao longo das diferentes fases da vida sendo por isso temida e vivenciada por cada pessoa de forma distinta. A experiência dolorosa possui um carácter individual e único, sendo fruto da interacção de valores, culturas, experiências anteriores, meio envolvente, comportamento, cognição, personalidade e idade de cada pessoa (Direcção Geral de Saúde, 2001). A dor pode alterar por completo o quotidiano de um indivíduo, uma vez que, “a dor não abate apenas o corpo, abate a pessoa, quebra a evidência da sua relação com o mundo, altera o curso da vida diária e altera a relação com os outros” (METZGER et al, 2002: 132).

As categorias **Ausência de Doença** e **Hábitos de Vida Saudáveis**, com 11,89% e 11,35% respectivamente, estão bem patentes no discurso dos sujeitos em unidades de registo como as seguintes “[ter saúde é ter] cuidados com a alimentação, não fumar, não beber álcool”(F56), “Viver com saúde é evitar as doenças”(F12) e que vão ao encontro do referido por LAVERACK “quando pedimos às pessoas para falarem abstractamente sobre o que é a saúde, elas geralmente referem: não estar doente; não ter doenças; mantermos em forma; não fumar, comer bem” (2008, p.21).

Apresentados os resultados que permitem conhecer o diagnóstico de saúde da população do bairro Vale do Forno, importa referir que os objectivos delineados para o módulo I foram totalmente atingidos e no tempo estipulado no projecto de estágio. Quanto aos recursos humanos para além de todo o apoio da equipa do

CLDS- VS na fase inicial de conhecimento do bairro, foi possível, durante cerca de oito horas, a colaboração de quatro enfermeiros na aplicação dos formulários.

Para além das actividades planeadas para este módulo participou-se, no âmbito da Comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro no debate em torno do tema: “**Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica**” promovido pela Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros. Foram apresentados quatro comunicações em áreas distintas, mas todas elas com a mesma tónica *cuidar a pessoa com doença crónica de preferência no seu meio, na sua comunidade, promovendo a sua participação no processo terapêutico, numa óptica de parceria e proximidade*. Aliás a persistência em intervenções de proximidade configurou o centro de atenção de todo o debate.

Este aspecto conduziu para a realidade do bairro Vale do Forno, vislumbrando que o caminho para se chegar a esta população multicultural passa por intervenções de proximidade. É fundamental que sejam os enfermeiros a ir ao encontro das pessoas, muitas delas de culturas diferentes àquela que vieram encontrar no país de acolhimento, pois de outra forma não ocorrerá a procura de cuidados de saúde.

#### 1.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

O estágio Módulo I possibilitou a ida para o terreno, conhecer a população, saber como as pessoas vivem em família, em comunidade, quais os problemas de saúde e recursos para os ultrapassarem, informação essencial para definir o perfil de saúde da população do Bairro Vale do Forno, com base na metodologia do planeamento em saúde.

A diversidade cultural que caracteriza este bairro fez com que no mesmo dia fosse possível aplicar o formulário a indivíduos provenientes do Paquistão, da Guiné, da Angola e da Ucrânia. A riqueza e diversidade de experiências, culturas, religiões e crenças foram únicas e contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, nomeadamente das técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família, procurando uma relação de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

As reuniões realizadas com os diferentes parceiros permitiram, por um lado, desenvolver a capacidade de gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se confrontava; e por outro, estabelecer as articulações necessárias para dar resposta às necessidades identificadas nesta população específica. Procurou-se sempre mobilizar os representantes da CMO e das restantes organizações que faziam parte das parcerias, nas intervenções em problemas de saúde mais complexos.

O processo investigativo inerente à elaboração do diagnóstico de saúde possibilitou promover a investigação em serviço na área de especialização, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes.

De uma forma transversal a todo o módulo procurou-se manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional e reflectir na e sobre a prática, de forma crítica.

## 2. MÓDULO II – PROJECTOS DE INTERVENÇÃO DESENVOLVIDOS NO BAIRRO VALE DO FORNO

A realização do diagnóstico de situação de saúde do bairro Vale do Forno permitiu identificar os problemas de saúde da população. Ciente de que não é possível, nem viável colmatar todas as necessidades detectadas é imperioso definir prioridades. A definição, escolha ou selecção de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento da saúde e é condicionada pela etapa anterior - diagnóstico de situação - e determinará a seguinte – a fixação de objectivos (IMPERATORI, 1993).

### 2.1. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MODULO II

Para o módulo II definiu-se como **objectivo geral**:

- Implementar um projecto de intervenção junto da comunidade do Bairro do Vale do Forno

Como **objectivos específicos**:

- Estabelecer prioridades de intervenção junto da comunidade do Bairro do Vale do Forno
- Definir estratégias de intervenção face às prioridades identificadas
- Elaborar programa de intervenção

De acordo com IMPERATORI (1993), na selecção das prioridades foram tidos em conta elementos como o horizonte do projecto, ou seja, o tempo disponível para a intervenção; e a área da programação, nomeadamente as prioridades internacionais, nacionais e concelhias. Como critérios utilizados destaca-se: a magnitude - caracterizar o problema pela sua dimensão; a vulnerabilidade - possibilidade de prevenção; a evolução - possibilidade de um problema se agravar; a irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências - dar maior prioridade às doenças que provocam estas situações.

Assim, atendendo a todos estes aspectos desenhou-se um projecto de intervenção na área das doenças cardiovasculares intitulado “**O nosso Coração precisa de Atenção**” que é apresentado no ANEXO IX.

Os aspectos relacionados com a diversidade cultural existente no bairro impulsionaram a elaboração de um segundo projecto relacionado com a acessibilidade aos cuidados de saúde e que se designou “**Saúde mais Próxima**” descrito na íntegra no ANEXO X.

### 2.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO”

Segundo a OMS, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, sendo que morrem mais pessoas por ano devido a doenças cardiovasculares do que por outra causa qualquer. Estima-se que em 2030, quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares, principalmente por doença cardíaca e acidente vascular cerebral, continuando assim a ser, a principal causa de morte (WHO, 2009).

Na Europa as doenças cardiovasculares representam mais de 4,35 milhões de mortes a cada ano. Quase metade (49%) de todas as mortes é por doença cardiovascular (55% das mortes em mulheres e as

mortes de 43% nos homens). As principais formas de doenças cardiovasculares são a doença arterial coronária e o acidente vascular cerebral. Pouco menos da metade de todas as mortes por DCV são devido a doença arterial coronária e quase um terço devem-se ao acidente vascular cerebral (ALLENDER [et al], 2008).

Em Portugal, país com um dos mais elevados consumos per capita de sal e de álcool do mundo e uma elevada taxa de excesso ponderal, cerca de 42% dos indivíduos têm Hipertensão Arterial, 29% Síndrome Metabólica e 30% são fumadores. Ocorrem aproximadamente 12 000 Enfartes do Miocárdio por ano e a Insuficiência Cardíaca atinge 266 000 portugueses. É um dos países europeus com mais alta incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais e aquele em que estes têm maior mortalidade. As doenças cardiovasculares são a 1ª causa de internamentos hospitalares e de mortalidade em Portugal representando cerca de 30% dos 101 990 óbitos ocorridos em 2006 (CARDOSO, 2009,p.12).

O panorama encontrado no diagnóstico de saúde do bairro Vale do Forno, não foge ao descrito por Cardoso, sendo as DCV as prevalentes nos habitantes, com uma percentagem de 22,54%, de uma amostra parcelar de 213 sujeitos. Assim, tendo em conta os aspectos referidos associados aos resultados do estudo estabeleceu-se como prioritária a intervenção nas DCV.

As recomendações apresentadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia, nomeadamente “A ocorrência da maioria das DCV relaciona-se muito com os estilos de vida e com factores fisiológicos e bioquímicos modificáveis” e ainda a comprovação de que “as alterações dos factores de risco permitem reduzir a mortalidade e morbidade por DCV, especialmente em indivíduos de alto risco” (GRAHAM, 2007 p.S2), são motivadoras para o desenvolvimento deste projecto.

Conhecer os indivíduos e em conjunto elaborar planos de alteração dos factores de risco é o desafio maior, tendo como premissa o enunciado na CARTA EUROPEIA PARA A SAÚDE DO CORAÇÃO “a OMS calcula que uma ligeira redução, em toda a população mundial, da pressão arterial, da obesidade, do colesterol e do consumo de tabaco, simultaneamente, iria fazer cair a incidência da doença cardiovascular em mais de metade” (2007, p.1).

#### 2.2.1. O desenrolar do projecto “O Nosso Coração Precisa de Atenção”

Para o desenvolvimento do projecto “O nosso coração precisa de atenção” foi de extrema importância definir cuidadosamente as estratégias para levar a bom porto a sua consecução, nomeadamente:

- Estabelecimento de parcerias com o CLDS-VS e entidades ligadas a esta problemática, nomeadamente a Fundação Portuguesa de Cardiologia, o Instituto Becel e autarquias, no sentido de promover a prevenção e o controlo das DCV;
- Determinação do risco de DCV através dos rastreios e assim identificarem os indivíduos que constituem os grupos prioritários;
- Promoção da saúde através de sessões de educação realizadas nesta fase inicial do projecto e posteriormente mantidas pela equipa da UCC responsável pelo Programa de Prevenção das Doenças Cardiovasculares;
- Potenciamento dos recursos dos elementos da equipa de saúde, nomeadamente o médico de família, a psicóloga e a nutricionista no grupo de indivíduos portadores de factores de risco e em situações referenciadas.

Tendo por base estas estratégias, na **fase inicial** do projecto desenvolveram-se as seguintes actividades:

- Realização de **reunião com a equipa do CLDS-VS** para apresentação do projecto e solicitada a sua colaboração. O projecto foi extremamente bem aceite tendo sido dado todo o apoio logístico para a sua execução;
- Apresentação do projecto a um elemento da **Fundação Portuguesa de Cardiologia** e pedida **colaboração** no fornecimento de folhetos informativos sobre a temática das DCV. A disponibilidade foi imediata e foram fornecidos folhetos em elevado número;
- Realização de **reunião com o representante do Instituto Becel** para apresentação do projecto e requerido patrocínio para divulgação e mostra dos seus produtos ligados à prevenção das DCV. Também houve por parte da Becel uma excelente aceitação do projecto.

No **decorrer** do projecto foram levadas a cabo as seguintes actividades:

- Realização de várias **reuniões com equipa do CLDS-VS** para agendamento e organização dos rastreios, sessões de educação para a saúde e do pedipaper;
- Realização de **três sessões de rastreio do risco cardiovascular**, nas instalações do CLDS-VS e com a colaboração de uma enfermeira em voluntariado. Estes rastreios estavam inicialmente programados, pela equipa do CLDS-VS, apenas para avaliação da Tensão arterial (TA) e glicemia e apenas dois momentos únicos. Com a presente intervenção passou a ser realizado quinzenalmente e, muito mais do que avaliar a TA e glicemia, foi feita uma avaliação global do risco cardiovascular, através do preenchimento de folha criada para este fim (ANEXO XI), educação para a saúde através do **aconselhamento breve** e **entrega de folhetos informativos**. Quando ocorria uma situação de risco era feito o encaminhamento para o médico de família, ou mesmo para o serviço de atendimento permanente. Eram ainda, **distribuídos alimentos saudáveis** aos participantes, facultados pelo Instituto Becel. No decorrer das três sessões foram rastreados 65 indivíduos.
- Realização de **visita domiciliária**; estas sessões de rastreio desencadearam a necessidade de fazer visita domiciliária a uma utente com Hipertensão arterial grave, a vivenciar uma situação de grande vulnerabilidade, emigrante a residir com um filho que tinha conseguido um emprego recentemente e sem recursos económicos. As visitas domiciliárias permitiram conhecer a história da utente e as suas principais necessidades. Em articulação com uma médica do CSO a utente foi medicada com anti-hipertensor, o qual lhe foi disponibilizado no dia seguinte. Falou-se com o filho para tentar definir em conjunto um plano para a utente, no sentido de ser feita um exame de saúde completo;
- Realização da **locução de um filme** sobre as doenças cardiovasculares. O filme serviu de introdução e motor de arranque para o debate que foi enriquecido com projecção de slides sobre esta temática. As pessoas presentes mostraram-se muito interessadas, participando activamente e colocando questões;
- Divulgação da **sessão de formação** para os residentes no Bairro Vale do Forno; quando se planeou a sessão a primeira preocupação foi motivar as pessoas a participar. Assim, neste sentido elaborou-se um cartaz onde para além das informações inerentes à formação, estava referido o sorteio de um cabaz de alimentos saudáveis, a realizar no final da sessão para todos os participantes. Este cartaz foi colocado em pontos estratégicos do bairro, nomeadamente o supermercado, cafés, papelaria, sede do CLDS-VS e capela paroquial (ANEXO XII).

- **Elaboração e apresentação da sessão de formação “O nosso Coração precisa de Atenção”** (ANEXO XIII) no dia 12 de Novembro, nas instalações do CLDS-VS, tendo participado 21 indivíduos. Foram distribuídos os folhetos informativos sobre DCV e os seus principais factores de risco a todos os participantes. No final a realização do sorteio do cabaz constituiu um momento descontraído e apreciado pelos intervenientes na formação. A própria aquisição dos materiais e alimentos e a elaboração do cabaz constituiu uma actividade com uma abordagem activa e realizada a pensar nas dificuldades encontradas nesta população específica;
- **Promoção de estilos de vida saudáveis**, quer na sessão de formação, quer nos rastreios incentivando o auto-controlo do peso, da TA e da glicemia nas pessoas que possuíam aparelho para a sua avaliação e da prática regular de exercício físico divulgando a actividade promovida, de uma forma gratuita, pelo CLDS-VS;
- **Organização e participação no pedipaper** em colaboração com a equipa do CLDS-VS. O pedipaper foi realizado em toda a vertente sul, sendo o ponto de partida o bairro mais distante ao ponto de chegada o largo do Bairro vale do Forno. Em cada bairro foi criado um posto, sendo no total 5 postos. Para os diversos postos foram criadas quatro provas - cultura geral, mímica, artística e desportiva - na prova de cultura geral estavam incluídas perguntas sobre as doenças cardiovasculares elaboradas para esse fim (ANEXO XIV). Assim a temática das doenças cardiovasculares foi transversal a todo o pedipaper e obrigatória para todos os participantes, não só através das perguntas, mas também pela componente do exercício físico. No total participaram 10 equipas com 4 elementos cada. Entre os participantes, organizadores e voluntários necessários para o desenrolar desta actividade estiveram presentes 65 pessoas. Esta actividade finalizou com um magusto, a entrega de prémios e um momento cultural com um grupo de músicos de um bairro vizinho do Vale do Forno. O ANEXO XV diz respeito à selecção de fotografias, não só do pedipaper, mas das actividades desenvolvidas no âmbito deste projecto.

Em relação aos recursos humanos envolvidos neste projecto é importante sublinhar o apoio incondicional da equipa do CLDS-VS e da enfermeira em regime de voluntariado. Os recursos físicos e materiais foram o espaço físico cedido pelo CLDS-VS para a realização dos rastreios e sessões de educação para a saúde, o aparelho de avaliação de TA e glicemia, a fita métrica para medição do perímetro abdominal e com possibilidade também de avaliar o IMC.

A avaliação do projecto a curto prazo foi positiva traduzida pelos indicadores do processo nomeadamente: o número de indivíduos envolvidos nos rastreios, o número de participantes na sessão de formação e o número de participantes no pedipaper. Os indicadores de resultados só poderão ser avaliados a longo prazo já no âmbito da intervenção da futura UCC, que dará continuidade a este projecto.

#### 2.2.2. Competências adquiridas/desenvolvidas

A implementação do projecto “O nosso coração precisa de atenção” permitiu coordenar, dinamizar e participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diferentes contextos. Sistematizar e documentar este projecto, utilizando critérios objectivos que possibilitem definir quais as principais prioridades em saúde na população do bairro Vale do Forno, determinar indicadores e integrar na

tomada de decisão as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, constituiu um desafio aliciante.

Procurou-se utilizar os dados do perfil de saúde, recolhidos no diagnóstico efectuado, na definição dos objectivos e estratégias para o projecto e de forma exequível, coerente e articulada. Procurou-se otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes ao projecto.

Com as sessões de rastreio de risco cardiovascular foi possível pesquisar e diagnosticar problemas e factores de risco de saúde dos habitantes do Bairro Vale do Forno, identificando-se necessidades específicas de informação. A entrega dos folhetos informativos foi feita de acordo com essas necessidades e a sua explicação adequada a cada pessoa. A criação da folha de registo de risco de DCV possibilitou a recolha de informação para avaliação epidemiológica.

A realização da visita domiciliária não estando no plano inicial deste projecto proporcionou mais um momento de interacção em situação de grande complexidade, na qual se entrevistou tendo em conta as necessidades culturais e económicas da utente/família, procurando através da articulação com a médica do CSO e o filho da utente assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, continuados e ajustados ao problema identificado aquando do rastreio.

A realização da sessão de educação para a saúde contribuiu para o processo de capacitação dos participantes, numa área tão prioritária como é a das doenças cardiovasculares. A locução do filme e a preparação do cabaz de alimentos saudáveis procuraram ser abordagens inovadoras e activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde; a divulgação do sorteio do cabaz serviu de estratégia para promover a adesão da população.

A organização do pedipaper permitiu atender na elaboração das estratégias, aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade. O desenrolar do pedipaper foi rico em abordagens activas promotoras de um maior envolvimento por parte dos participantes. A introdução de perguntas sobre as DCV constituiu mais um momento de educação para a saúde.

Com este projecto saiu reforçado o trabalho em parceria com o CLDS-VS garantindo assim uma maior eficácia das intervenções planeadas. É importante referir que os rastreios de risco cardiovascular continuam a ser realizados quinzenalmente, demonstrando não só a envolvimento da equipa do CLDS-VS no projecto, mas também a mobilização da população, indo ao encontro do objectivo geral deste projecto - promover a prevenção cardiovascular e encorajar cada habitante do bairro a ser responsável pela sua própria saúde. A promoção do exercício físico de forma regular – duas vezes por semana – de forma gratuita, resultante da colheita de dados que se efectuou em simultâneo com a aplicação do formulário, espelha bem a sinergia dos diferentes parceiros em prol da comunidade.

Pelo descrito ficaram patentes os vários momentos de interacção com a população do bairro, não só no contacto directo nas ruas, mas também na sede do CLDS-VS, ricos na diversidade de situações e exigências face aos problemas colocados por cada indivíduo/ família. É importante reflectir-se sobre um dos episódios no qual foi solicitada a intervenção; um casal jovem ambos desempregados, com uma bebé de 2 meses para a qual não tinham leite por falta de dinheiro. Assistiu-se a uma situação imprevista e complexa, para a qual era necessária uma resposta imediata. Realizou-se articulação com uma enfermeira do CSO e através das suas informações, efectuou-se o contacto com um delegado de informação médica, de um laboratório de produtos lácteos. Explicou-se a situação por telefone e em menos de duas horas foi disponibilizada, numa farmácia do

concelho, duas embalagens de leite para entregar àquela família. No entanto, considerando que esta era apenas uma solução provisória, realizou-se nova articulação com a Técnica de Superior Serviço Social do CLDS-VS pretendendo-se em conjunto delinear um plano de acordo com as necessidades prioritárias. Efectuou-se articulação com a enfermeira responsável pela saúde infantil da extensão do centro de saúde à qual a bebé pertencia e foram deixados os contactos da Santa Casa da Misericórdia. Considera-se que este episódio reflecte a capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas, a iniciativa e criatividade necessárias para o desenrolar de um conjunto de actividades promotoras de uma assistência eficaz a esta família. Estas características parecem fundamentais e reforçam a necessidade de uma enfermagem especializada, atenta aos pormenores, à singularidade, congregando uma série de conhecimentos que são mobilizados na situação. Este episódio espelha uma situação limite e ousa-se mesmo dizer de emergência comunitária, onde a enfermeira especialista em enfermagem comunitária pode e deve desenhar um plano de intervenção que se destaca pela procura da excelência dos cuidados. Aliás segundo o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, este “assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando efectivos ganhos de saúde” OE (2010, p.2).

### 2.3. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO “SAÚDE MAIS PRÓXIMA”

Portugal é cada vez mais um país de diversidade cultural. A livre circulação de trabalhadores, a globalização, alargaram o seu carácter multicultural - número de línguas, religiões, etnias e culturas. Este fenómeno da imigração surge como motor de desenvolvimento do país de acolhimento, mas também de novas questões relacionadas com as necessidades das populações migrantes. São inúmeros os problemas psicossociais e de saúde colocados por uma parte da população, nomeadamente minorias étnicas e populações migrantes, grupos que vivem frequentemente em situação de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade (RAMOS, 2008).

Indo ao encontro do referido e segundo a DGS, “por conotação a uma maior falta de recursos e condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com a saúde tendem a agravar situações socioeconómicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social” (2004 p.43).

A atenção focada na saúde dos grupos mais vulneráveis assume particular relevância “pela equidade no acesso aos cuidados de saúde, pelo peso sobre os sistemas nacionais de saúde e pela emergência de epidemias anteriormente controladas e que constituem ameaças de saúde”. (MACHADO, 2009, p.5).

Esta realidade de diversidade cultural, problemas de exclusão social e pobreza foi encontrada no bairro Vale do Forno, conselho de Odivelas, aquando da elaboração do diagnóstico de saúde, em Maio de 2010.

A Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural emanada em 2002 pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) no seu artigo 1 salienta que a diversidade cultural manifesta-se na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade. Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para o

género humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza. Nesse sentido, constitui o património comum da humanidade e deve ser reconhecida e consolidada em benefício das gerações presentes e futuras.

Mais tarde em 2005, na convenção da UNESCO sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais, no artigo 2º, no ponto 1 relativo ao princípio do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais é afirmado que, a diversidade cultural só pode ser protegida e promovida se estiverem assegurados os direitos humanos e as liberdades fundamentais, como a liberdade de expressão, de informação e de comunicação ou a possibilidade de os indivíduos escolherem as suas expressões culturais.

“Na actualidade, as questões da diversidade cultural, da mobilidade das populações e das relações interculturais, são da maior importância no contexto do mundo globalizado, estão no centro da preocupação da maioria dos estados, vindo colocar enormes desafios à sociedade e às estratégias e políticas nos diferentes sectores.” (RAMOS 2007, p.223)

Entre os obstáculos identificados no processo de integração das comunidades migrantes, o acesso à saúde figura entre os mais relevantes (CARBALLO et al., 1997).

Esta problemática é o foco central da declaração de Amesterdão Migrant-friendly Hospitals Project onde é referenciado que “o estado de saúde dos migrantes e minorias étnicas é muitas vezes pior do que o da média da população. Estes grupos são mais vulneráveis, devido à condição socioeconómica mais precária, e por vezes, devido a experiências traumáticas resultantes da migração e à falta de apoio social adequado. Os grupos minoritários correm o risco de não receberem cuidados de saúde do mesmo nível que a média da população – em termos de diagnóstico, tratamento e serviços preventivos” (2004,p1).

Segundo o relatório anual do observatório de acesso à saúde nos imigrantes-2006, da rede internacional médicos do mundo “ os obstáculos mais frequentes ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde, expressos pelas próprias pessoas, dizem principalmente respeito ao desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados, ao custo dos tratamentos, às dificuldades administrativas, ao medo de uma denúncia, à discriminação e às barreiras linguísticas e culturais” FERNANDES, PEREIRA e OLIVEIRA (2007, p.167)

No programa de trabalho para o ano de 2010 da agência dos direitos fundamentais da união europeia está patente esta preocupação, sendo definida como uma das áreas prioritárias de intervenção a imigração e a integração dos imigrantes, especificando nas suas actividades “identificar e analisar as práticas e as medidas relativas à disposições e ao acesso a cuidados de saúde (...)”EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHT (2009, p.8).

No âmbito nacional, esta problemática é atentamente seguida pelos dirigentes políticos emanando directrizes nomeadamente no anteprojecto do II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010 – 2013, mais especificamente na medida 35, relativa à promoção do acesso dos imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, onde se pode ler “ implementar estratégias que promovam a redução de desigualdades em saúde, nomeadamente através da adequação de recursos e desenvolvimento de medidas que permitam ou contribuam para dar resposta às necessidades dos imigrantes, em consonância com as estratégias que serão fixadas no Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016” PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2010, p.17).

A nível regional e no que concerne ao conselho de Odivelas foi apresentado no plano de desenvolvimento social para o triénio 2008-2010 como um dos eixos prioritários, a imigração e a

multiculturalidade, identificando especificamente como problema a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, definindo-o com prioridade I (CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS, 2008).

O diagnóstico de saúde efectuado no bairro Vale do Forno, freguesia de Odivelas vem corroborar com todos os aspectos enunciados.

Salientam-se os dados extraídos do referido diagnóstico e que espelham esta problemática da diversidade cultural, as suas implicações no campo da saúde e que contribuem para a sustentação deste projecto.

- **36,66%** dos inquiridos pertencem a **outra nacionalidade** que não a portuguesa;
- Na amostra inquirida foram identificadas **12 nacionalidades diferentes**, excluindo a portuguesa; depois da nacionalidade portuguesa seguem-se os nacionais dos PALOP num total de 18,46%, sendo que a nacionalidade que se destaca é a nacionalidade angolana com 5,99%, logo seguida por São Tomé com 5,74%. Os naturais dos países de leste e de acordo com os dados disponíveis parecem registar uma subida, com predominância dos habitantes oriundos da ucrânia;
- As opções religiosas são também diversas, tendo sido identificadas **5 religiões diferentes**;
- Relativamente à atribuição de médico de família verificou-se que **36,80%** da amostra em estudo **não tem médico de família**;
- Verificou-se que os sujeitos que **não realizam vigilância de saúde** são predominantemente **os emigrantes**, com especial relevo para os cidadãos oriundos dos países de Leste e da Ásia;
- Em **situação de doença**, os sujeitos da amostra inquirida recorrem mais frequentemente ao **hospital** com uma percentagem de **30,9%**, segue-se o serviço de atendimento complementar com 28,39% e o centro de saúde com 26,63%. De realçar que **7,04%** dos sujeitos da amostra recorrem à **farmácia**, sendo os inquiridos quase exclusivamente emigrantes, destacando-se os emigrantes de leste, para os quais é mesmo a única entidade referida.

O projecto **Saúde mais Próxima** sedimentado nas preocupações a nível internacional, nacional, regional e fundamentado pelo diagnóstico de saúde realizado no bairro Vale do Forno, pretende com a sua presença junto à população:

- Contribuir para dar resposta a um dos objectivos propostos no plano de actividades 2010 ARSLVT “desenvolver saberes e práticas em saúde pública em meio urbano, cuja meta é a criação de um programa regional de promoção de equidade e de integração para populações com menores rendimentos e imigrantes até final de 2011;
- Cumprir com uma das competências da futura UCC do ACES de Odivelas, à qual compete à luz do disposto no artigo 11º do DL 28/2008 a implementação de unidades móveis de intervenção;
- Contribuir para o desenvolvimento das boas práticas clínicas e comunitárias.

### 2.3.1. Primeiros passos do Projecto

Para a elaboração do projecto “Saúde mais Próxima” foram efectuadas as seguintes actividades:

- **Reunião com a Enfermeira Teresa Figueiredo do CSP**, uma vez que é responsável por um projecto similar, tendo o recurso à unidade móvel dois dias por semana. Esta reunião permitiu perceber a dinâmica dum projecto deste tipo e daí se retirarem alguns subsídios;

- **Reunião com a Enfermeira a exercer funções de chefia do CSO**, para apresentação e discussão do projecto;
- **Encaminhamento do projecto para a Enfermeira vogal do Conselho Clínico do ACES de Odivelas**, para apreciação.

A implementação do projecto “Saúde mais Próxima” por estar dependente de decisões da Directora Executiva do ACES de Odivelas e da ARSLVT, será efectuada posteriormente, sendo que ficou já definido, com a Enfermeira a exercer funções de chefia do CSO, a continuidade deste projecto, no âmbito da futura UCC.

A redacção do presente projecto culminou na fase final do módulo II, do qual uma das últimas actividades foi:

- **Apresentação do resultado do trabalho desenvolvido nos módulos I e II (ANEXO XVI)** a todos **os profissionais do ACES de Odivelas e aos parceiros envolvidos**, aos quais efectuei o convite pessoalmente. Estiveram presentes 20 pessoas, sendo que a CMO foi representada por dois elementos do Gabinete de Intervenção Social e o CLDS-VS por dois elementos da equipa.

### 2.3.2. Competências adquiridas/desenvolvidas

A elaboração deste projecto reforçou as competências já desenvolvidas com a elaboração do projecto “O nosso coração precisa de atenção”, com um olhar particular para a intervenção em grupos com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Procurou-se atender aos recursos disponíveis de acordo com a realidade actual do CSO e às orientações estratégicas das políticas de saúde. Estes dois aspectos ficaram bem implícitos no corpo do projecto “Saúde mais próxima”.

Pretende-se dar continuidade ao projecto, enquanto enfermeira especialista pelo que as habilidades no processo de negociação para a sua implementação envolvendo os diversos actores, são fundamentais.

A apresentação do resultado do trabalho desenvolvido nos módulos I e II a todos os profissionais do ACES de Odivelas e aos parceiros envolvidos facilitou o desenvolvimento da capacidade de comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral. De uma forma crítica procurou-se apresentar as questões e problemas mais complexos resultantes do estudo realizado, de uma forma fundamentada, incorporando os resultados da investigação nos projectos desenvolvidos. O convite aos parceiros para a apresentação teve como objectivo fortalecer as parcerias e envolver as instituições em causa nos projectos delineados.

A entrega, aos parceiros, do documento resultante do estudo realizado (**Apêndice 1**) permitiu disponibilizar a informação que suporta a fundamentação dos projectos nos quais o seu envolvimento é fundamental para uma maior eficácia das intervenções a desenvolver futuramente.

### 3. MÓDULO III – ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE NOSTRA PONTINHA

O CSP abrange vários bairros com características muito semelhantes ao bairro no qual se realizaram os estágios anteriores. O facto de se conhecer a realidade vivida em termos de intervenção comunitária, nomeadamente do projecto “Saúde em movimento” com recurso à unidade móvel, impulsionou a escolha para a realização do estágio módulo III. O interesse em conhecer o funcionamento de uma UCC tendo em conta a sua missão - prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actuar, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, definida no Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, no artigo 11º- surge no contexto da integração na futura UCC do CSO, com um maior nível de conhecimentos e experiências.

A UCC Nostra Pontinha pertence ao CSP, o qual está integrado no ACES de Odivelas. As suas instalações são na cave da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Pontinha. É constituída por uma equipa multidisciplinar sendo que dela fazem parte dez enfermeiras, uma delas, especialista em reabilitação e outra em Enfermagem Comunitária, uma psicóloga a tempo parcial, uma técnica superior de serviço social, dois médicos a tempo parcial, uma fisioterapeuta, uma assistente técnica, duas assistentes operacionais e um motorista.

Da sua carteira de serviços fazem parte projectos inseridos nos diferentes programas de saúde, nomeadamente no âmbito da: Saúde Reprodutiva, os projectos “Gravidez em família”, “Pé fora, pé dentro”; Saúde Infanto-juvenil, os projectos “Saúde desde o berço”, “Brincadeiras ao ar livre”; Saúde Escolar, os projectos “Ser saudável brincando”, “Crescer saudável na escola” e “Projovem”. No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados/Programa Nacional de Cuidados Continuados”, os projectos “Formar para cuidar” e “Educar para cuidar” e na Unidade móvel o projecto “Saúde em movimento”.

A equipa da UCC tem ainda um plano de desenvolvimento profissional e formação contínua com um plano de formação interno para os profissionais da unidade.

#### 3.1. OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO III

Para a realização do estágio módulo III delinhou-se como **objectivo geral**:

- Conhecer e integrar a dinâmica da UCC do CSP

Como **objectivos específicos** pretendeu-se:

- Participar activamente nas actividades desenvolvidas pela UCC do CSP;
- Integrar projectos e programas de intervenção desenvolvidos pela equipa da UCC.

### 3.2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM E PARA A COMUNIDADE

Na intervenção **dirigida à comunidade** desenvolveram-se as seguintes actividades:

- **Participação na campanha de vacinação**, no âmbito do projecto “Crescer saudável na escola”, dirigida às crianças entre os 10 e os 13 anos. Esta foi uma actividade interessante, em primeiro lugar porque foi na unidade móvel, e em segundo lugar devido ao contacto com as crianças sempre muito perspicazes nos seus comentários. A campanha de vacinação decorreu de forma positiva, havendo ainda espaço para ensinamentos de acordo com as necessidades identificadas. A articulação com os professores foi fundamental e uma vez na escola os assistentes técnicos operacionais serviram de elo de ligação. Esta actividade obrigou a uma pesquisa sobre a vacinação uma vez que é uma área na qual a experiência se limita à adquirida no curso de base. A consulta do Plano Nacional de Vacinação (PNV) permitiu assumir uma atitude mais proactiva durante o decorrer da actividade, enaltecendo o papel dos enfermeiros em especial neste tipo de intervenções junto da comunidade educativa, fundamental para o êxito do PNV através do aumento das taxas de cobertura vacinal;

- **Integração no projecto “Projovem”**- realizou-se o atendimento de jovens na escola o que configurou uma actividade extremamente enriquecedora e portadora de novas experiências profissionais. O primeiro aluno atendido começou por referir problemas de ordem sexual, ao nível das relações de intimidade com a sua namorada, mas este foi apenas o mote para conseguir falar sobre o seu problema de adições: droga e álcool. Foi dado espaço para ventilação de sentimentos e emoções e exposição de dúvidas. Em conjunto foi delineado plano no sentido de começar a diminuir o consumo e foi disponibilizada ajuda sempre que considerasse necessário. As restantes alunas procuraram o apoio no sentido de esclarecer dúvidas sobre o planeamento familiar, em especial sobre os métodos de contracepção. Reuniu-se com a Professora responsável pelos alunos com necessidades especiais tendo sido apresentados os casos em que necessitavam da intervenção da equipa de saúde, no sentido de articulação de esforços interdisciplinares;

- **Integração no projecto “Saúde em movimento”** com recurso à unidade móvel, o qual constituiu um momento singular neste módulo até porque tem por base objectivos semelhantes aos propostos no projecto “Saúde mais próxima” delineado no módulo II. Neste projecto pretende-se ir ao encontro da população onde estão identificados grupos vulneráveis dando resposta às suas principais necessidades em cuidados de saúde. Foram realizadas actividades na área do planeamento familiar, vacinação, doenças cardiovasculares, orientações ao emigrante;

- **Atendimento de uma utente que apresentava dúvidas sobre o HIV/SIDA**, após uma solicitação de apoio por uma enfermeira da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. A intervenção realizou-se num gabinete onde foi assegurada a privacidade da utente. A utente expôs as suas dúvidas e solicitou a realização do teste rápido de pesquisa de HIV. Assistiu-se à realização do teste, ao mesmo tempo que se preencheu o questionário de

colheita de dados adicional à realização do mesmo. No tempo de leitura do teste e à medida que eram esclarecidas as dúvidas foi possível descobrir as questões relacionadas com o relacionamento conjugal, confiança *versus* desconfiança, situações de infidelidade por parte do marido. Foi explorado o motivo da não utilização do preservativo. O resultado do teste foi não reactivo e como resultado da intervenção a utente tomou a decisão de confrontar o marido com as suas dúvidas, utilizar em qualquer acto sexual o preservativo. Foi-lhe fornecido preservativos masculinos e um preservativo feminino, tendo sido feito o ensino sobre a sua utilização;

- **Participação**, no âmbito do Programa Nacional de Cuidados Continuados, **nas formações efectuadas no contexto dos projectos “Educar para cuidar” e “Formar para cuidar”**, respectivamente dirigidas aos cuidadores informais e às ajudantes familiares, constituiu um momento importante por vários aspectos. Em primeiro lugar, os temas e a população-alvo das formações estavam inseridos naquele que é o contexto profissional; em segundo lugar, o facto de as apresentações terem sido feitas por alunas da Licenciatura de Enfermagem, orientadas por colegas recém-formadas, possibilitou um olhar a diversos níveis. Analisar toda esta interacção com o filtro de “futura” enfermeira especialista, intervindo sem contudo tirar o protagonismo aos principais intervenientes, foi desafiante. Conseguiu-se descortinar competências a diferentes níveis e a importância da formação nas várias etapas da vida profissional;

- **Realização de reunião para estabelecimento de parceria com o projecto “Encontrarte”**. Após solicitado apoio à UCC pela equipa responsável por este projecto desenvolvido no Bairro da Urmeira, realizou-se reunião (ANEXO XVII). Constatou-se que este projecto está direccionado para o apoio a crianças dos 7 aos 16 anos, estando inscritas um total de 70. Referiram como prioridade de intervenção a formação na área da alimentação saudável;

- **Realização de uma sessão de formação alusiva ao tema “Alimentação saudável” dirigida às crianças e adolescentes** (ANEXO XVIII). A formação decorreu de forma positiva, com os participantes interessados, participativos e voluntariando-se para as actividades em que intervinham mais directamente. A estratégia de solicitar aos mais velhos para responderem às perguntas que iam sendo colocadas no decorrer da formação, funcionou num crescente de motivação. A construção da roda dos alimentos, a par com a história e a canção alusiva ao tema constituíram momentos de maior interacção. Assistiram à formação 22 crianças e adolescentes com idades entre os 7 e 16 anos;

- **Realização de uma sessão de formação alusiva ao tema “Alimentação saudável” dirigida aos pais** (ANEXO XIX). Interessante a presença dos filhos, alguns deles tinha assistido à anterior formação, e quando chamados a intervir fizeram-no de forma assertiva, demonstrando ter assimilado os conhecimentos transmitidos. A apresentação dos principais sinais de alerta dos transtornos alimentares, mais frequentes na adolescência, foi considerada pertinente pelos pais fazendo alusão ao impacto destes transtornos na sociedade. Ao todo participaram 22 pessoas, 10 pais e 12 crianças e adolescentes. A avaliação feita pelos

pais foi positiva e no decorrer da sessão foram participativos, demonstrando interesse nos temas abordados.

### 3.3. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS COM E PARA A EQUIPA

Na intervenção **dirigida à equipa** desenvolveram-se as seguintes actividades:

- **Participação na formação CIPE/SAPE.** Na primeira semana de estágio na UCC da Pontinha estava a decorrer uma formação para os enfermeiros relativa à aplicação CIPE/SAPE. Tendo em conta que esta aplicação foi a escolhida para o ACES de Odivelas, onde exerço a minha actividade profissional, considerou-se em conjunto com a Enfermeira orientadora, pertinente a frequência nesta actividade, não só numa perspectiva individual, mas também numa perspectiva organizacional promovendo posteriormente formação no seio da equipa. Esta aplicação dirigida para o tratamento e organização da informação, permite o registo das intervenções que resultam da prescrição médica, o registo dos dados resultantes da apreciação inicial de enfermagem e o registo dos fenómenos/intervenções de enfermagem. A acção foi interessante, no entanto e como tudo o que implica mudança, foi encarada com alguma resistência face à linguagem utilizada e sua aplicação no dia-à-dia;

- **Realização e apresentação da formação “Avaliação de projectos de intervenção em Saúde Comunitária”** (ANEXO XX), inserida no projecto “Formação Contínua dos Profissionais. Seguiu-se o seguinte roteiro na sessão: ciclo da gestão do projecto, objectivos da identificação de problemas, métodos para identificação de problemas e necessidades de saúde, definição, características e níveis dos objectivos, definição, qualidades e tipos de indicadores, definição e tipos de avaliação, critérios de um bom projecto, apresentação do Método Aplicado de Planeamento e Avaliação e do Balanço de Competências como ferramenta dinâmica de gestão de projectos. A apresentação de diversas grelhas para avaliação dos projectos tornou mais completa e interactiva a sessão. A este propósito MONTEIRO, referindo vários autores refere que “a avaliação é um trabalho de imaginação, (...) é fundamental o desenvolvimento de uma análise de carácter qualitativo, baseada em grelhas de análise e indicadores especificamente adequados à realidade que se pretende avaliar” (1996, p.140). Os participantes referiram na avaliação da sessão a importância do tema e sugeriram um período de tempo mais alargado para explorar a parte prática. Como pontos fortes assinalaram a pertinência do tema e a sua aplicabilidade no contexto actual da UCC. Participaram na formação 21 pessoas;

- **Realização e apresentação da formação “Gestão do tempo”** (ANEXO XXI). Decorrente da formação anterior, reconheceu-se a dificuldade da equipa na organização do tempo para as diversas actividades para as quais estavam a ser solicitadas. Assim e de acordo com a enfermeira orientadora elaborou-se esta formação pertinente e com subsídios práticos. A dinamização da sessão passou pela aplicação de um questionário de diagnóstico aos participantes acerca da maneira como gerem o seu tempo, apresentação da informação de forma interactiva, focando os principais obstáculos à gestão do tempo e os princípios e técnicas

de gestão do tempo. Terminou-se a sessão com um filme que foi construído com pensamentos e imagens alusivos à gestão do tempo. Esses mesmos pensamentos foram transcritos para um pequeno caderno ao qual se chamou “Diário do tempo” onde se deixa o convite para que os elementos da UCC registem os factos importantes para a equipa, assim como os seus próprios pensamentos. Os participantes avaliaram a formação de uma forma positiva registando comentários apreciativos. Foi proposto que se replicasse a formação para os colegas que não puderam estar presentes devido às actividades que estavam a desenvolver. Participaram na formação 18 pessoas.

### 3.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Conhecer e integrar a UCC Nostra Pontinha constituiu um ponto marcante no percurso da Especialidade em Enfermagem Comunitária, permitindo beber a verdadeira essência da intervenção comunitária, tão falada na componente teórica. A diversidade de projectos dirigidos para as diferentes fases do ciclo de vida promove o empowerrnent da população, considerado por ORNELAS uma das áreas prioritárias na intervenção comunitária. Segundo este autor “o *Empowerment* pode funcionar como o critério base de avaliação das boas práticas de intervenção comunitária” (1997, p.372). Importa, por isso, constantemente analisar a eficácia da intervenção e as finalidades *major* dos referidos projectos.

A participação nos projectos integrados no Plano Nacional de Saúde Escolar permitiu manter de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, visto ser uma área rica em experiências novas no contexto profissional, demonstrando capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar. Na relação com os professores e assistentes operacionais procurou-se otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes ao projecto “Crescer saudável na escola”.

No atendimento à utente com dúvidas acerca do HIV pretendeu-se abordar as questões mais complexas, respeitando as suas crenças e valores e tomando decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas. Clarificaram-se os aspectos mais importantes para a utente e potenciou-se a tomada de decisão livre e esclarecida.

Assistir às formações efectuadas no contexto dos projectos “Educar para cuidar” e “Formar para cuidar” apresentadas por alunas da Licenciatura de Enfermagem, orientadas por enfermeiras recém-formadas, possibilitou enriquecer os momentos formativos com um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas que eram colocados ao longo da formação. Pretendeu-se ainda promover o desenvolvimento pessoal e profissional não só das alunas, mas também das enfermeiras da equipa.

As sessões realizadas no âmbito da parceria com o projecto “Encontrarte” permitiram mobilizar e integrar conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação do grupo de crianças alvo da formação. Falar sobre alimentação

saudável para um grupo de 22 crianças dos 7 aos 16 anos permitiu a mobilização de conhecimentos de diferentes disciplinas não só pelas questões efectuadas, mas também para se incentivar o grupo a participar na sessão. A construção da roda dos alimentos, a história e canção alusivas ao tema foram abordagens activas e inovadoras que resultaram no contexto em questão.

Participar na formação em serviço com o tema “Avaliação de projectos de intervenção em Saúde Comunitária”, para além de promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais da UCC e da UCSP da Pontinha, permitiu a introdução de elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde, com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. Esta formação assume especial relevância dado que a equipa terá de realizar a avaliação do plano de acção da UCC, após um ano do início da sua actividade, o que coincide com o mês de Fevereiro do corrente ano.

Com a realização da formação “Gestão do tempo” ambicionou-se o desenvolvimento na área da gestão, através da tónica em aspectos relacionados com a liderança/capacidade de delegar, capacidade de organização e planeamento dos cuidados. Numa unidade com objectivos definidos para os diferentes projectos, é fundamental uma liderança forte, entendida como “a capacidade para influenciar um grupo a actuar no sentido da prossecução dos objectivos do grupo” TEIXEIRA (2005, p.163). Esta capacidade é essencial para que toda a equipa consiga uma gestão de tempo mais eficaz.

De uma forma global, foi possível participar nos processos de tomada de decisão no âmbito da implementação dos programas de saúde e analisar, interpretar e esclarecer o impacto das intervenções com os diferentes actores implicados na execução dos mesmos.

#### 4. CONCLUSÃO

A intervenção comunitária enquanto metodologia orientadora junto da comunidade abre um enorme leque de possíveis intervenções de enfermagem sendo atribuídas ao enfermeiro especialista competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades. Esta constatação impulsionou a escolha dos campos de estágio e em particular o desejo de serem realizados em contexto profissional e assim darem respostas às necessidades da população abrangida pelo CSO.

O estágio módulo I iniciou-se com a realização do diagnóstico de saúde do bairro Vale do Forno, sendo possível definir o perfil de saúde da população aí residente. Constatou-se, conforme inquietação de partida para a realização deste estudo, a existência de uma enorme diversidade cultural, grupos vulneráveis, variedade de patologias sobressaindo as do foro cardiovascular, fraca acessibilidade aos cuidados de saúde e condições de vida, em alguns casos, precárias.

Face ao exposto estabeleceram-se prioridades tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, o recurso temporal e procurando dar resposta aos problemas identificados, numa lógica de intervenção junto à pessoa, integrada num grupo e numa comunidade.

Estavam lançados assim os alicerces para o módulo II no qual se pretendia elaborar e implementar um projecto de intervenção. Na área das doenças cardiovasculares operacionalizou-se projecto “O nosso coração precisa de atenção”. Este projecto assenta na prevenção primária e secundária e foi dirigido nesta fase, à população em geral, do bairro Vale do Forno. As diversas actividades desenvolvidas no âmbito deste projecto procuraram promover a prevenção cardiovascular e encorajar cada habitante do bairro a ser responsável pela sua própria saúde. Com a realização dos rastreios e o preenchimento da folha de registo de risco de doenças cardiovascular pretendeu-se para além da melhoria da informação sobre a epidemiologia destas doenças identificar os grupos de risco prioritários para uma intervenção continuada. De uma forma global, este projecto mobilizou directamente 151 habitantes do bairro.

Elaborou-se ainda o projecto “Saúde mais próxima” que através do recurso a uma unidade móvel, pretende em primeira linha, prestar um serviço de proximidade à população, em especial aos grupos mais vulneráveis, procurando dar uma resposta mais adequada às suas necessidades reais. Dos dados recolhidos aquando a elaboração do diagnóstico de saúde destacam-se os seguintes: 36,66% dos inquiridos pertencem a outra nacionalidade que não a portuguesa; 36,80% da amostra em estudo não tem médico de família; os sujeitos que não realizam vigilância de saúde são predominantemente os emigrantes, com especial relevo para os cidadãos oriundos dos países de leste e da Ásia; em situação de doença, os sujeitos da amostra inquirida recorrem mais frequentemente ao hospital com uma percentagem de 30,9%, de realçar que 7,04% dos sujeitos da amostra recorrem à farmácia, sendo os inquiridos quase exclusivamente emigrantes, destacando-se os emigrantes de leste, para os quais é mesmo a

única entidade referida. Estes dados aliados a factores internacionais, nacionais e mesmo regionais fundamentam a pertinência do presente projecto, que se pretende implementar no âmbito da futura UCC do CSO.

Partindo desta ideia de se obter uma unidade móvel para o Bairro vale do Forno, elegeu-se a integração na UCC do CSP para realização do estágio módulo III. O conhecimento prévio das actividades desenvolvidas na UCC Nostra Pontinha criou expectativas na aprendizagem e diversidade de experiências passíveis de transpor para o projecto “Saúde mais próxima”. Para além deste aspecto, a integração na dinâmica da equipa foi profícua no desenvolvimento de competências no âmbito do programa de saúde escolar, no âmbito das doenças sexualmente transmissíveis e no âmbito da formação, não só para a população mas também para os diferentes profissionais da equipa.

Duma forma transversal e fazendo uma análise global da unidade curricular estágio pode referir-se que os objectivos foram alcançados e as actividades propostas desenvolvidas, sendo que em determinadas situações e devido às exigências encontradas no terreno foram desenvolvidas actividades não programadas. Para tal, muito contribuíram a orientação fornecida pelo projecto de estágio; as interações com as enfermeiras orientadoras de estágio e com a docente e tutora do mesmo; as vivências dos habitantes do bairro e a experiência dos diversos parceiros. A aquisição de conhecimentos e o aprofundar temáticas como o planeamento em saúde, epidemiologia, investigação, gestão, formação, contribuíram para um desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências essenciais enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária, para a prestação de cuidados proficientes à pessoa, grupo e comunidade. Importa ainda salientar o recurso ao portfólio, que enquanto instrumento pedagógico recolheu a informação imbuída de uma reflexão crítica e pessoal, também ela promotora de desenvolvimento de competências, facilitando a redacção do presente relatório.

A intervenção em múltiplos contextos, a capacidade de promover a capacitação e empoderamento da população, o trabalho em parceria, reforçando a articulação entre organizações e implicando os intervenientes nas tomadas de decisão em situações complexas e específicas foram competências desenvolvidas ao longo destes seis meses. Destaca-se a intervenção junto dos grupos de grande diversidade cultural onde foi imprescindível desenvolver capacidades culturais promotoras de cuidados culturalmente competentes. Na intervenção no bairro procurou-se estar atento e adquirir conhecimento e experiência em diferentes áreas relacionadas com as transições vividas pela população migrante e com a sua própria cultura e valores.

Como contributos para o CSO importa salientar o reforço das parcerias com o CLDS-VS e com a CMO, não só através das reuniões realizadas, mas também pela sua presença na formação respeitante à transmissão e partilha de informação relativa ao desenrolar da intervenção no bairro Vale do Forno; a realização do diagnóstico de saúde do referido bairro; a elaboração e implementação de projectos que irão ter a sua continuidade no âmbito da futura UCC, já com o plano de acção homologado pelas entidades competentes.

Para a população do bairro Vale do Forno, os contributos prendem-se com a: capacitação e empoderamento dos seus habitantes através da promoção da adopção de estilos de vida mais saudáveis e alertando para a prevenção primordial dos factores, atitudes e comportamentos de risco cardiovascular e que se traduziu no elevado número de indivíduos abrangidos pelas diferentes actividades; continuação dos rastreios de risco cardiovascular e o início de uma actividade física gratuita, actividades realizadas na sede do CLDS-VS. Com a implementação do projecto “Saúde mais próxima” ambiciona-se melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde da população do bairro.

Como contributos para a UCC Nostra Pontinha considera-se relevante o estabelecimento da parceria com o projecto “Encontrarte” e a intervenção realizada junto das crianças e pais sobre a temática “Alimentação saudável”; as formações dirigidas para os profissionais com consequentes ganhos em termos de conhecimentos relativos à avaliação de projectos de intervenção comunitária e gestão do tempo.

Em todo este percurso o principal constrangimento foi o factor temporal que aliado às especificidades do projecto “Saúde mais próxima” não permitiu a sua implementação. A principal dificuldade foi a solidão no processo de aplicação dos 130 formulários, mas que foi ultrapassada pela empatia que se foi construindo com a população.

Como sugestões vale a pena referir a continuidade da articulação com o CLDS-VS, nomeadamente nas sessões de rastreio do risco cardiovascular, enquanto a equipa da futura UCC não retoma o projecto nesta área.

Dar continuidade ao processo de negociações para se obter a unidade móvel e assim operacionalizar o projecto “Saúde mais próxima”.

Uma outra sugestão é a realização de estudo semelhante no bairro do Barruncho, pertencente à área de abrangência do CSO, para assim se poder desencadear uma intervenção comunitária a uma população tão carenciada.

Como nota final e ciente de que se cumpriu o projecto de estágio, espera-se que este relatório traduza a riqueza de experiências vividas ao logo da unidade curricular estágio, represente com clareza a actualidade da informação recolhida junto da população do bairro Vale do Forno, responsável por todo o processo de investigação, e espelhe de forma fiel a realidade experimentada na UCC Nostra Pontinha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson - Transições e Contextos Multiculturais - Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais. Coimbra: Formasau, 2008,126p

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA - **Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea**. Lisboa: editorial Verbo, 2001, 1º vol.A-F,1846p. ISBN: 972-22-2046-2

ALBUQUERQUE, Ana – A perspectiva multicultural do cuidar em enfermagem. In LOPES, José Carlos [et al] – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência, 2009, p.131-146. ISBN 978-972-8930-45-5.

ALLENDER [et al] - Mortality- European cardiovascular disease statistics 2008. Third edition, **European Heart Network**, London, February 2008. Available from: <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=7683> [Acedido a 16 de Outubro de 2010]

ANDREWS, M.M.- Cultural diversity and community health nursing. In: NIES, M. A. ; SWANSON, J. M. - **Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates**. 2ª ed.Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1997. P.435-475. ISBN 0-7216-6167-X

ARNOLD, J.; BREEN, L.J. - Images of health. In: **Health Promotion in Practice**. Edited by: Gorin S, Arnold J. San Francisco: JohnWiley & Sons, Inc; 2006, p.3-30 ISBN: 978-0-7879-7961

ARSLVT – **Plano de Actividades**. Lisboa, 2010, 96p. [em linha] acedido em 4/11/2010 [www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/.../ARSLVT%20Plano%20de%20Actividades%202010.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/.../ARSLVT%20Plano%20de%20Actividades%202010.pdf)

AZEVEDO, C.A.M.; AZEVEDO, A.G. – Metodologia Científica. Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos.9ª ed. Lisboa: Universidade Católica editora, 2008, 178 p. ISBN 978-972-54-0212-2

BARDIN, L.- **Análise de Conteúdo** - Lisboa: Edições 70,1977, 225p.

BEAGLEHOLE, R., BONITA, R KJELLSTROM, T. - **Epidemiologia básica**. 1ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.191p.ISBN 972-98811-2-X

BELLO, Ann – Análise descritiva de dados. In: LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001. p. 200-210. ISBN 85-277-0659-8.

BELSEY, M.A.- **Aids and the family: policy options for a crisis in family capital**. New York: United Nations Publication, 2005, 151p. ISBN: 92-1-130247-1. [em linha] [www.un.org/.../family/.../FINAL%20REPORT%20%20BELSEY'S%20HIV%20REPORT%20\(PDF\).pdf](http://www.un.org/.../family/.../FINAL%20REPORT%20%20BELSEY'S%20HIV%20REPORT%20(PDF).pdf) Acedido em 03/08/10

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS – **Plano de desenvolvimento social do Conselho de Odivelas**. Odivelas, 2008, 43p. [em linha] acedido em 4/11/2010

CARBALLO, M. [et al] - **Analytic Review of Migration and Health and as it Affects European Community Countries**. Antuérpia: Centro Internacional das Migrações e Saúde, 1997.

CARDOSO, José - A prevenção cardiovascular e o XXX Congresso Português de Cardiologia. **Revista Factores de Risco**. Publicação da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Nº 12, Ano 3, Janeiro/Março 2009, Publicação Trimestral, p10-13, ISSN 1646-4834

CARMO, H.; FERREIRA, M.M. - **Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem**. 2ª Ed.Lisboa: Univarsidade Aberta, 2008, 375p. ISBN 978-972-674-231-9.

CARTA EUROPEIA PARA A SAÚDE DO CORAÇÃO. Bruxelas, 2007, 9p. [em linha] [www.acs.minsaude.pt/files/2007/.../cartaeuropeiapaasaudedocoracao\\_pt.pdf](http://www.acs.minsaude.pt/files/2007/.../cartaeuropeiapaasaudedocoracao_pt.pdf) acedido em 12/10/10

CASTRO, A.; GALIETA, M.; LACROIX, V. – **Diagnóstico de Situação de Saúde da comunidade do bairro social da Quintinha- Estudo Descritivo Simples**. Trabalho de investigação no âmbito do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, orientado pela Prof. Simões Figueiredo e disponível na biblioteca da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2008, 130p.

COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures, Lusodidacta, 2ªed., 2003, 448p. ISBN: 972-8383-53-3

CONTRATO LOCAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL PARA A VERTENTE SUL DE ODIVELAS (CLDS-VS) – Diagnóstico Social. Odivelas, 2008, 85p.

COOKFAIR, J. M. - **Nursing Care in the Community**. 2ª ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1996, 750p. ISBN 0-8151-1538-5

Decreto-Lei nº 101/06. **D.R.I Série**. 109 (06-06-06) 3856- 3865.

Decreto-Lei nº 28/2008, Diário da República, I Série nº 32 de 22 de Fevereiro de 2008, pp. 1182 e ss.

DEGAZON, Cynthia- A diversidade cultural e a prática de Enfermagem Comunitária. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária** – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999, ISBN: 972-8383-05-3

DEL RÍO, Amalio - Community Health Diagnosis as a Curriculum Component: Experience of the Faculty of Health Sciences, Walter Sisulu University, Eastern Cape, South Africa. **MEDICC Review: Health and Medical news of Cuba**. Volume VII - No. 8 - August/September 2005, p.22-25 [em linha] [www.medicc.org/publications/medicc\\_review/pdf-files/0805.pdf](http://www.medicc.org/publications/medicc_review/pdf-files/0805.pdf) acedido em 08/08/10.

Despacho n.º 10143/2009 - Regulamento da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade

Despacho nº 10142/09. **D.R.II Série**. 74 (09-04-16) 15438-15440.

DH&HS - Medical Subject Headings. **U.S. National Library of Medicine**, National Institutes of Health, Department of Health & Human Services. Last updated: 28 August 2009. [em linha] <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> acedido em 20/07/10

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. 2001.[em linha] <http://www.dgs.pt>, acedido em 14/08/10

ECCLESIA- **Dados estatísticos da Igreja no país e no mundo**. 2006 [em linha] [www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=32953](http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=32953) acedido em 14/08/10.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHT (FRA)- Annual Work Programme, 2009- [fra.europa.eu/...networks/fundamental\\_rights.../frp\\_meetings\\_en.htm](http://fra.europa.eu/...networks/fundamental_rights.../frp_meetings_en.htm)

EUROSTAT - NUTS - Nomenclature of territorial units for statistics. European Commission, 2008. [em linha] [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction), acedido em 11/08/10.

EUROSTAT - Regulation (ec) nº 1059/2003 of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the establishment of a common classification of territorial units for statistics (NUTS). **Official Journal of the European Union**. L154, 2003, 41p. [em linha] [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction), acedido em 11/08/10.

FERNANDES, Paula; PEREIRA, Ricardo; OLIVEIRA, João Blasques de - “ A imigração e o acesso à saúde. Boas práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde”. In: DIAS, Sónia (org.) **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 161-170

FIGUEIREDO, M.T. - **Diagnóstico de situação de Saúde da Comunidade do Bairro Menino de Deus**, relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do

grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, orientada pela Prof. Simões Figueiredo, 2009,111p.

FLYNN, B.C.; DENNIS, L.I. – A promoção da saúde através das cidades saudáveis. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 361-371, ISBN: 972-8383-05-3

FONSECA, M.L. [et al] – MIGHEALTHNET- Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa - **Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal**. Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa, 2009, 54p. [http://www.mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet\\_SOAR\\_por.pdf](http://www.mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet_SOAR_por.pdf), acedido em 14/08/10

FONSECA, M.L. [et al] - Saúde e Integração dos Imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política'. Migrações – Imigração e Saúde. **Revista do Observatório da Imigração**. Lisboa: ACIDI I.P, 2007, 27-52. [www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf](http://www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf) acedido em 14/08/10

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10-X.

FRIEDMAN, M.M.; BOWDEN, V.R.; JONES, E.G. - **Family Nursing: Research, Theory, and Practice**. 5ª ed.New Jersey: Prentice Hall, 2003, 714p. ISBN: 0-13-060824-6

GRAHAM, Ian [et al]- European guidelines on cardiovascular disease prevention on clinic practice. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, 2007; 4, Supl. 2, S1-S113 [em linha] [www.escardio.org/guidelines.../esc-guidelines/](http://www.escardio.org/guidelines.../esc-guidelines/) Acedido a 19 de Outubro de 2010

GRANDE, N. – Ética e investigação. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra: Formasau, Nº 2, 2000,p. 49-53. ISBN/ISSN: 0874.7695

HABER, Judith – Amostragem. In: LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 140-155. ISBN 85-277-0659-8.

HICKMAN, P.- Community Organization: building partnerships for health. In: NIES, M. A. ; SWANSON, J. M. - **Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates**. 2ª ed.Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1997. P.137-153. ISBN 0-7216-6167-X

HOFFMAN, B - **Simplified models of the relationship between health and disease**.In: Theoretical Medicine and Bioethics, Springer, 2005,vol.26, nº5, p.355-377, ISSN 1386-7415

HONORÉ, Bernard- *A Saúde em Projecto*. Paris: Lusociência, 2002, 232p, ISBN: 9789728383312

IMPERATORI, Emílio – Diagnóstico da situação – capítulo 5. In: IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, p.43-5.

IMPERATORI, Emílio – Definição de prioridades– capítulo 7. In: IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, p.63-67.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 200p.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **Censos 2001: Antecedentes, metodologia e conceitos**. Lisboa: INE, 2003, 165 p. ISBN 972-673-684-6. [em linha] [www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui...att...n](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...n) acedido em 03/08/10

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Portal de estatísticas Oficiais: principais indicadores. Lisboa, 2008 [em linha] [www.ine.pt/xportal/xmain?xlang...ine...INE](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang...ine...INE), acedido em 10/08/10.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Projecções de população residente em Portugal 2008- 2060, 2009,5p. [em linha] [www.ine.pt/hgt\\_server/attachfileu.jsp?look...att...n...](http://www.ine.pt/hgt_server/attachfileu.jsp?look...att...n...) Acedido em 26/07/10

KRAINOVICH-MILLER, B. – Revisão de Literatura. In: LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 53-74. ISBN 85-277-0659-8.

LAVERACK, GLENN – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. 195p. ISBN 978-989-8075-09-3

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA (CRP) - LEI CONSTITUCIONAL Nº 1/2005. D.R. I SÉRIE-A. 155 (12-08-2005) 4642.

LABONTE, Ronald – Exploring Health- chapter 2. In: **Health promotion and Emporwerment: Praticce Frameworks**. Toronto: University of Toronto, ParticipACTION, 1993, p.16-50 [em linha] [www.globalhealthequity.ca/.../labonte\\_pubs.shtml](http://www.globalhealthequity.ca/.../labonte_pubs.shtml) acedido em 10/08/10.

LEI DE BASES DA SAÚDE - LEI N.º 48/90. DR I SÉRIE. 195 (24-08-1990) 3452.

LEININGER, Madeleine – **Culture care diversity and universality: A theory of nursing**. London: Jones and Bartlett Publishers, 2001, p. 37-63. ISBN 0-7637-1825-4.

LEININGER, MADELEINE – **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices**. 2ª Edição. New York: McGraw-Hill, 1995, 706p. ISBN 0-07-037660-3.

LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G.- **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**. 2ª ed. Lisboa, Stória Editores, Lda., 2005,184p. ISBN: 972-771-737-3.

LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. 330 p. ISBN 85-277-0659-8.

MACHADO, Fernando Luís - “ Migrações, saúde e doença – que investigação em Portugal”, in DIAS, Sónia (org.), Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 201-203

MACHADO, Maria do Céu – Globalização, multiculturalidade e saúde. In LOPES, José Carlos [et al] – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência, 2009, p.131-146. ISBN 978-972-8930-45-5.

METZGER, Christiane [et al] – Cuidados de Enfermagem e Dor. Lisboa, Lusociência, 2002,ISBN: 972-8383-32-0.

MONTEIRO, Alcides - A avaliação em projectos de intervenção social: reflexões a partir de uma prática”, in **Sociologia, problemas e práticas, metodologias de avaliação**. Lisboa: ISCTE, 1996, nº 22,p. 137-154. [em linha] [repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/834](http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/834), acedido em 7/02/11.

NERSCO - Núcleo Executivo da Rede Social do Concelho de Odivelas: Diagnóstico Social do Concelho de Odivelas. Odivelas: Câmara Municipal de Odivelas, 2005. [em linha] [www.cm-odivelas.pt/.../AssuntosSociais/rede\\_social\\_redesocial.htm](http://www.cm-odivelas.pt/.../AssuntosSociais/rede_social_redesocial.htm), acedido em 08/08/10

NIES, M. A.; SWANSON, J. M. - **Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates**. 2ª ed.Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1997.934p. ISBN 0-7216-6167-X

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático** - Modelo de desenvolvimento profissional. Dezembro 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa, 2010, 6p. [Em linha] [www.ordemenfermeiros.pt/.../RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/.../RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx) Acedido em 8/02/11

ORDEM DOS ENFERMEIROS -**Matriz cursos especialidade. Outubro 2008** [Em linha]. <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=488&version> acedido em 07/04/10.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde: declaração de Alma-Ata: recomendações**. Alma-Ata: 1978. 15p. [Em linha] [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf) acedido em 27/07/10

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. 15 p. [Em linha] [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf) acedido em 27/07/10

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Declaração de Adelaide**. Austrália, 1988.7 p. [Em linha] [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf) acedido em 28/07/10

ORNELAS, J.; MONIZ, M.- Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. **Análise Psicológica**, 2007, 1 (XXV): 153-158. [em linha] [www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a13.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n1/v25n1a13.pdf) Acedido em 02/02/11

ORNELAS, JOSÉ - **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século Edições, 2008, 480p. ISBN: 9789727542567

ORNELAS, José. Nota de Abertura. **Análise Psicológica**. Sept. 1997, vol.15, nº.3, p.371-373. ISSN 0870-8231 [em linha] [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?...](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?...) Acedido em 28/07/10

PENDER, N.J. - **Health Promotion in Nursing Practice** (2ª ed.). Norwalk, CT: Appleton-Lange. 1987. 497p. ISBN 0-8385-3674-3

PERKINS, DOUGLAS D; ZIMMERMAN, MARC A- Empowerment theory, research, and application **American Journal of Community Psychology**; Oct 1995; vol.23, nº 5; Research Library Core pg. 569-579 [em linha] [www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.../empintro.proquest.pdf](http://www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.../empintro.proquest.pdf) Acedido em 28/07/10

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.- **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**.3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p. ISBN 85-7307-101-X

PORTUGAL Direcção-Geral da Saúde (DGS) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Circular Normativa n.º03/ DSPCS (06/02/06). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2006.

PORTUGAL Direcção-Geral da Saúde (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN Colecção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL Direcção-Geral da Saúde (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN Colecção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P. Anteprojecto- **II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010 – 2013**. Lisboa, 2010, p.70. [www.portugal.gov.pt/.../20100713\\_Plano\\_Integracao\\_Imigrantes.aspx](http://www.portugal.gov.pt/.../20100713_Plano_Integracao_Imigrantes.aspx)

QUIVY, R. ; VAN CAMPENHOUDT, L. - **Manual de investigação em Ciências Sociais**. 2ªed. Lisboa: Gradiva. 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1

RAMOS, Natália - Migração, Aculturação e Saúde. In: **Saúde, migração e interculturalidade - perspectivas teóricas e práticas**. João Pessoa: editora Universitária/UFPB, 2008, 348p.

RAMOS, Natália - Sociedades multiculturais, interculturalidade e educação. Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra, editora: gráfica de Coimbra, Ano 41-3, p. 223-244. 2007

SARACENO, Chiara; NALDINI, Manuela - **Sociologia da família**. 2ª ed., Lisboa: Editorial Estampa, 2003, 406p. ISBN: 972-33-1906-3

SHUSTER, G.F.; GOEPFINGER, J.- A comunidade como cliente: a utilização do processo de enfermagem na promoção da saúde. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária** – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 311-340, ISBN: 972-8383-05-3

STANHOPE, M.- Teorias e desenvolvimento familiar. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária** – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 491-518, ISBN: 972-8383-05-3

STEIN, Airtón Tetelbom - **Diagnostico de saúde de uma comunidade na zona norte de Porto Alegre, RS : comparação entre os respondentes e os não-respondentes**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, 1989, 113p. [em linha] [www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1388](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1388), acedido em 06/08/10.

STREUBERT, HELEN- A produção da investigação Qualitativa: elementos comuns essenciais. In: STREUBERT, HELEN; CARPENTER, DONA – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002, p.17-34. ISBN 972-8383-29-0.

STREUBERT, HELEN- Filosofia e Teoria: Fundamentos da Investigação Qualitativa. In: STREUBERT, HELEN; CARPENTER, DONA – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002, p.1-15. ISBN 972-8383-29-0.

TAVARES, António - Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, 1990, 223p.

TEIXEIRA, Sebastião - **Gestão das Organizações**, 2ª edição, Madrid, McGraw-Hill, 2005, 314p. ISBN 844-814-617-4

THE MIGRANT FRIENDLY HOSPITALS PROJECT - **The Amsterdam Declaration Towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe**. 2004  
([http://www.mfheu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_english.pdf](http://www.mfheu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf)). Acedido em 4 de Novembro 2010

UCP – ICS/ESPS - **Mestrado em Enfermagem de natureza profissional. Regulamento Geral**. Lisboa: UCP-ICS/ESPS, 2009, 14p.

UNESCO - **Convenção sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais**. 2005 [www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/.../cul\\_doc.php](http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/.../cul_doc.php) ,acedido em 20 de Abril 2010.

UNESCO - **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural**. 2002  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf> acedido em 20 de Abril de 2010

UNIÃO EUROPEIA- “Ano Europeu do Diálogo Intercultural”, 2008. Acedido em 22 de Abril 2010  
[www.aedi2008.pt/](http://www.aedi2008.pt/)

VALA, J.- A análise de conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J. M. (Ed.) – **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Edições Afrontamento, 1986.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E.- "Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health". In: **Health Education Quarterly**: Special Issue Community Empowerment, Participatory Education, and Health. 1994, Part I, Vol 21, Nº 2, p.141-170.

WELCH, ALICE – Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann Marriner – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, p.563-591. ISBN 972-8383-74-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe**- Report on a WHO Conference, Munich, Germany, 15-17 June 2000, 48p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e73039.pdf>

World Health Organization (WHO) - **Cardiovascular diseases (CVDs)** Fact sheet N°317 Updated September 2009. [Acedido a 16 de Outubro de 2010] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>

## APÊNDICE

## APÊNDICE I

### DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES PARA O BAIRRO VALE DO FORNO

## DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Bairro Vale do Forno, Odivelas 2010



Enfermeira Isabel Nunes

**Índice de Gráficos**

	Pág.
<b>Gráfico nº 1</b> – Existência de <b>mais do que um agregado familiar</b> por habitação	13
<b>Gráfico nº 2</b> - Distribuição do <b>nº de pessoas</b> por agregado familiar	13
<b>Gráfico nº 3</b> – Distribuição dos sujeitos segundo <b>as faixas etárias</b>	14
<b>Gráfico nº 4</b> – Distribuição dos sujeitos segundo o <b>género</b>	15
<b>Gráfico nº 5</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a <b>nacionalidade</b>	16
<b>Gráfico nº 6</b> – Distribuição dos sujeitos segundo as <b>opções religiosas</b>	18
<b>Gráfico nº 7</b> – Distribuição dos sujeitos segundo a <b>escolaridade que frequentam</b>	19
<b>Gráfico nº 8</b> – Distribuição dos sujeitos segundo a <b>situação laboral</b>	20
<b>Gráfico nº 9</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o <b>vínculo laboral</b>	21
<b>Gráfico nº 10</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a <b>maior distância percorrida</b>	22
<b>Gráfico nº 11</b> - distribuição dos sujeitos quanto ao <b>meio de deslocação</b>	22
<b>Gráfico nº 12</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o <b>local de encontro com os amigos</b>	24
<b>Gráfico nº 13</b> - Distribuição dos sujeitos segundo <b>inscrição no CSO</b>	25
<b>Gráfico nº 14</b> - Distribuição dos sujeitos segundo <b>inscrição num outro CS</b>	25
<b>Gráfico nº 15</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a <b>região de inscrição num outro CS</b>	26
<b>Gráfico nº 16</b> - Distribuição dos sujeitos quanto à <b>atribuição de médico de família</b>	26
<b>Gráfico nº 17</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o <b>motivo de não ter médico de família</b>	27
<b>Gráfico nº 18</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a realização de <b>vigilância de saúde</b>	27
<b>Gráfico nº 19</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a realização de <b>vigilância de saúde/nacionalidade</b>	28
<b>Gráfico nº 20</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de <b>vigilância de saúde realizada</b>	28
<b>Gráfico nº 21</b> - Distribuição dos sujeitos quanto ao <b>planeamento familiar</b>	29
<b>Gráfico nº 22</b> - Distribuição dos sujeitos quanto ao <b>método contraceptivo</b>	29
<b>Gráfico nº 23</b> - Distribuição dos sujeitos segundo <b>planeamento da gravidez</b>	30
<b>Gráfico nº 24</b> - Distribuição dos sujeitos segundo <b>ao motivo do não planeamento da gravidez</b>	30
<b>Gráfico nº 25</b> - Distribuição dos sujeitos segundo <b>as situações em que recorrem ao CS</b>	32
<b>Gráfico nº 26</b> - Distribuição dos sujeitos quanto <b>ao local onde recorrem em caso de doença</b>	33
<b>Gráfico nº 27</b> - Distribuição dos sujeitos quanto <b>ao local onde recorrem em caso de doença/nacionalidade</b>	34
<b>Gráfico nº 28</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo de <b>bebidas alcoólicas</b>	34
<b>Gráfico nº 29</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a <b>frequência do consumo de bebidas alcoólicas</b>	35
<b>Gráfico nº 30</b> - Distribuição dos sujeitos segundo a <b>quantidade de consumo de bebidas alcoólicas</b>	35
<b>Gráfico nº 31</b> - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo de <b>tabaco</b>	35
<b>Gráfico nº 32</b> - Distribuição dos sujeitos segundo os <b>hábitos tabágicos</b>	36
<b>Gráfico nº 33</b> - Distribuição dos agregados por <b>regime de ocupação</b>	37
<b>Gráfico nº 34</b> - Distribuição dos agregados por <b>tipologia da habitação</b>	37
<b>Gráfico nº 35</b> - Distribuição dos agregados quanto à <b>existência de animais</b>	39
<b>Gráfico nº 36</b> - Distribuição dos animais quanto à <b>vigilância veterinária</b>	40
<b>Gráfico nº 37</b> - Distribuição dos inquiridos quanto ao <b>interesse em receber informação variada</b>	40

**Índice de Tabelas**

	Pág.
<b>Tabela nº 1</b> – Distribuição dos sujeitos segundo as <b>estruturas familiares</b>	14
<b>Tabela nº 2</b> - Distribuição dos sujeitos quanto <b>todas as nacionalidades</b>	16
<b>Tabela nº 3</b> - Distribuição dos sujeitos quanto à <b>naturalidade</b>	17
<b>Tabela nº 4</b> – Distribuição dos sujeitos segundo o <b>grau de escolaridade</b>	20
<b>Tabela nº 5</b> - Distribuição dos sujeitos segundo as <b>atividades de lazer</b>	23
<b>Tabela nº 6</b> - Distribuição dos sujeitos segundo as <b>patologias</b> encontradas	31
<b>Tabela nº 7</b> - Distribuição dos agregados segundo as <b>condições habitacionais</b>	38
<b>Tabela nº 8</b> - Distribuição dos animais segundo a sua <b>espécie</b>	39
<b>Tabela nº 9</b> - Distribuição dos inquiridos segundo o <b>tipo de informação</b> que gostariam de receber	41
<b>Tabela nº 10</b> - Distribuição dos sujeitos segundo as <b>categorias encontradas</b>	42

Índice

	Pag.
1. <u>INTRODUÇÃO</u>	6
2. <u>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u>	7
2.1. TIPO DE ESTUDO	7
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	8
2.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	10
2.3.1. <u>Formulário e sua aplicação</u>	10
2.4. TRATAMENTO DE DADOS	11
3. <u>APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u>	12
3.1. DIMENSÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA	12
3.2. DIMENSÃO RELATIVA AO ESTADO DE SAÚDE	24
3.3. DIMENSÃO HABITACIONAL	36
3.4. DIMENSÃO RELATIVA ÀS EXPECTATIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	40
4. <u>DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES</u>	44
BILIOGRAFIA	46

### 1. INTRODUÇÃO

A intervenção junto das populações é um desafio para os profissionais de saúde, na medida em que surgem inúmeras exigências relacionadas com o impacto do envelhecimento, diversidade de patologias, situações de dependência e fragilidade, novas necessidades de apoio social e familiar e mudanças no perfil das famílias. É necessário encontrar constantemente novas formas de organizar os cuidados de saúde, centrados numa abordagem holística e que têm em atenção estas formas de dependência, as necessidades das populações e as famílias atípicas.

Na Declaração de Munique (WHO, 2000:23) é referido que *“os enfermeiros, podem ter um papel importante a desempenhar na sociedade como mais valia na saúde pública das populações, dos nossos dias. Assim estes podem assegurar e providenciar um aumento da qualidade dos cuidados, da acessibilidade, da equidade e na eficiência dos cuidados de saúde dirigidos para os direitos e necessidades das pessoas de que cuidam”*.

Actualmente é evidente que nenhuma comunidade e nenhuma equipa de profissionais de saúde podem trabalhar muito efectivamente sem realizar um diagnóstico prévio no qual possam basear as suas actividades de saúde. (STEIN, 1989, p.23)

Para que um diagnóstico de saúde seja elaborado correctamente é necessário ter em conta as necessidades (reais e sentidas) da população, relacionar estas necessidades com a oferta e a procura de serviços e com a quantidade e qualidade da informação recolhida. (IMPERATORI, 1993; TAVARES, 1990)

“O diagnóstico científico deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira complementar os dados disponíveis; a segunda aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor”. IMPERATORI (1993, p.46)

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Assim, a metodologia utilizada na fase empírica do presente estudo, teve em linha de conta a principal inquietação que o despoletou: Qual o diagnóstico de situação de saúde da comunidade do Vale do Forno?

### 2.1. TIPO DE ESTUDO

Tendo como ponto de partida a inquietação atrás referida, considerou-se que o estudo se enquadra no paradigma quantitativo considerado “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. (FORTIN 1999, p.22). Pretende-se com este método desenvolver e validar os conhecimentos obtidos e generalizar os resultados à restante comunidade do bairro estudado. (FORTIN, 1999)

“A abordagem de investigação quantitativa tem sido justificada pelo sucesso da medição, análise, réplica e conhecimento aplicado obtido neste paradigma” (STREUBERT e CARPENTER 2002, p.1)

O estudo delineado está enquadrado nos estudos não experimentais e dentro destes na classe dos estudos descritivos. (POLIT e HUNGLER, 1995; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001)

Os desenhos de pesquisa não experimental são usados em estudos nos quais o investigador deseja explorar acontecimentos, pessoas e situações á medida que eles ocorrem naturalmente (LOBIONDO- WOOD E HABER, 2001) e sem a sua influência. (POLIT e HUNGLER, 1995)

É considerado descritivo simples, na medida em que “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (FORTIN 1999, p.163).

Relativamente à dimensão temporal o estudo realizado é transversal na medida em que a colheita de dados foi efectuada apenas numa única ocasião. (LOBIONDO- WOOD E HABER, 2001). O presente estudo, à semelhança de estudos transversais realizados regularmente em vários países, em amostras representativas das populações, pretende focar características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relacionados com a saúde. (BEAGLEHOLE *et al*, 2003)

Os autores supra-citados realçam que “os dados dos estudos transversais são úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde da população” (2003, p.41), contribuindo assim para a consecução de um dos objectivos definidos para este estudo.

#### LOCAL ONDE FOI REALIZADO O DIAGNÓSTICO

O diagnóstico foi realizado na Comunidade do Bairro do Vale do Forno, abrangido pela área de influência do Centro de Saúde de Odivelas, no Concelho e Freguesia de Odivelas.

### 2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

No processo investigativo, o termo população pode designar um conjunto de pessoas ou elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (FORTIN, 1999; QUIVY E CAMPENHOUDT, 1998)

Assim, define-se como população em estudo os residentes no Bairro Vale do Forno, Freguesia de Odivelas.

Para dar início à realização do diagnóstico recorri ao conhecimento geográfico do bairro e de informações obtidas junto à equipa do projecto - Contrato Local de Desenvolvimento Social (CLDS) e do presidente da AUGI do Bairro do Vale do Forno.

Através da observação da planta do Bairro Vale do Forno facultada pela Câmara Municipal de Odivelas, constatou-se que o bairro tem 436 fogos. Tendo em conta os recursos humanos e temporais disponíveis foi feita uma amostragem da população.

A amostragem é um processo de selecção de uma parte da população capaz de representar a sua totalidade. (POLIT e HUNGLER, 1995; FORTIN, 1999; HABER, 2001)

De acordo com o estudo realizado considera-se a definição de amostra proposta por FORTIN: “ amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (1999, p.202).

O tipo de amostragem utilizada foi a probabilística cuja principal característica reside no facto de cada elemento da população ter uma hipótese igual e independente de ser seleccionado. (POLIT e HUNGLER, 1995; FORTIN, 1999; HABER, 2001). “A amostragem probabilística, é claramente, o procedimento de amostragem ideal para garantir a representatividade de uma população de estudo” (HABER 2001, p.152).

Uma amostra é considerada representativa quando apresenta características idênticas às da população e “se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo tal que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra” (GHIGLIUONE E MATALON, 1997).

Tendo em atenção o anteriormente referido, dentro da amostragem probabilística, o tipo utilizado foi a amostragem aleatória simples, que “é uma técnica segundo a qual cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população alvo tem uma chance igual de ser escolhido para fazer parte da amostra” (FORTIN 1999, p.204). Este tipo de amostragem foi realizado através do programa EXCEL que com a sua função “aleatório entre” sorteou de entre a população alvo a percentagem de números que iria constituir a amostra. De seguida esses números foram integrados numa tabela. Todo este processo foi efectuado de acordo com o referido por FORTIN (1999, p.205), HABER (2001, p.145) e CARMO e FERREIRA (2008, p.211).

Assim, foram aplicados 130 formulários, a 130 agregados familiares, correspondendo a 30% dos fogos existentes no bairro e que representam uma amostra de 401 sujeitos.

A aplicação do instrumento de colheita de dados a 30% da população alvo teve como principais objectivos maximizar a representatividade da amostra em relação às características da população e obter um maior número de inquiridos, sem tendências conscientes de modo a espelhar resultados fiáveis e passíveis de serem generalizados à comunidade em estudo. (HABER 2001, p.145)

### 2.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

---

A fase da colheita de dados é crucial para o diagnóstico de saúde de uma comunidade. A este respeito, SUSTER e GOEPPINGER salientam que “o primeiro objectivo da colheita de dados é adquirir informação útil acerca da comunidade e da sua saúde”(1999, p.319).

Como instrumento de colheita de dados optou-se pelo formulário logo o método utilizado foi o auto-relato e a técnica a entrevista estruturada.

A escolha deste instrumento prendeu-se com o conhecimento do bairro e das características da população, nomeadamente a diversidade cultural, resultante da experiência enquanto enfermeira na Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odiveelas e dos resultados apresentados no Diagnóstico Social efectuado em 2008 pelo CLDS, no qual é referido que o nível de instrução é tendencialmente fraco, com predominância dos níveis até ao 9º ano de idade.

#### 2.3.1. Formulário e sua aplicação

Foi aplicado o formulário elaborado por Castro, Galieta e Lacroix (2007), replicado novamente num estudo desenvolvido por Figueiredo (2009) uma vez que tinha sido testado e utilizado em estudos com o mesmo objectivo, noutros bairros da área de abrangência do Centro de Saúde da Pontinha, limítrofes ao bairro em estudo e com características semelhantes.

Previamente à aplicação dos formulários efectuou-se a divulgação da realização do diagnóstico de saúde através de uma nota informativa à população em locais estratégicos do bairro nomeadamente, a farmácia, os locais de comércio, a sede do CLDS, de modo a informar o maior número possível de residentes do início do estudo.

A aplicação dos formulários foi efectuada em vários dias da semana, no período da manhã e no final da tarde e ainda aos sábados para assim evitar ao máximo o enviesamento da amostra por ausência dos residentes da sua habitação.

À semelhança do definido pelas autoras do formulário estabeleceram-se como critérios de aplicação do formulário, os seguintes critérios:

- Ao cabeça de casal do agregado familiar ou na ausência deste, residente com idade superior a 18 anos;
- A sujeitos disponíveis.

#### 2.4. TRATAMENTO DE DADOS

---

No presente estudo o método utilizado para o tratamento de dados foi a **análise quantitativa** através da estatística descritiva. A estatística descritiva permite descrever e sintetizar os dados obtidos na investigação (POLIT E HUNGLER, 1995; BELLO, 2001). Este tipo de estatística possibilita ainda, a determinação de frequências, de medidas de tendência central e de medidas de dispersão. (FORTIN,1999).

Assim, procedeu-se à análise dos dados quantitativos através do programa informático “Statistical Package for the Social Sciences”, (SPSS, versão 14 for Windows).

A codificação dos resultados foi representada através de gráficos e tabelas, com a respectiva análise, para uma melhor compreensão dos dados.

O complemento qualitativo proveniente das respostas à pergunta aberta presente no formulário foi sujeito a análise de conteúdo.

Procedeu-se à transcrição integral das respostas dadas, o que nos permitiu obter as unidades de registo e a partir daí as respectivas categorias. Todo este processo teve a sua organização em torno de três pólos cronológicos: “a pré-análise; a exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação” BARDIN (1977, pag.95).

### 3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos através da aplicação dos formulários. De acordo com a estrutura do instrumento de colheita de dados os resultados serão agrupados nas seguintes dimensões:

- Dimensão sócio-demográfica
- Dimensão relativa ao estado de saúde
- Dimensão habitacional
- Dimensão relativa às expectativas da população

Foram aplicados 130 formulários, a 130 agregados familiares, que representam uma amostra de 401 sujeitos. O facto de o formulário ser aplicado a apenas um elemento, que respondeu pela restante família, leva à existência de duas unidades amostrais distintas: agregado familiar e número total de sujeitos.

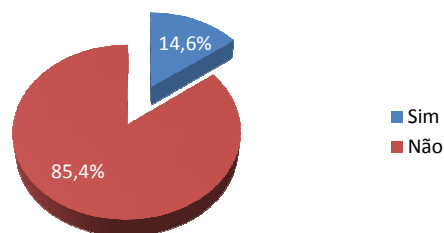
Ao longo da análise dos dados, sempre que necessário, irá ser feita atempadamente esta distinção para evitar erros de interpretação de dados.

#### 3.1. DIMENSÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

##### Agregado Familiar

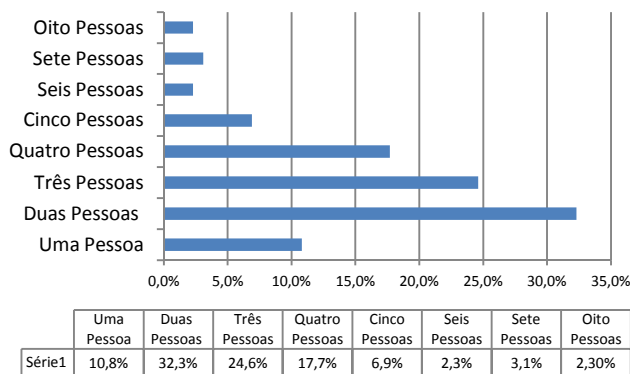
Relativamente à existência de mais do que um agregado familiar na residência verificou-se em 14,6% dos casos, sendo que em todas as situações os inquiridos eram emigrantes, que apesar de compartilharem a mesma residência com outras pessoas não tinham economia em comum.

**Gráfico nº 1 – Existência de mais do que um agregado familiar por habitação**



No que concerne ao número de elementos que constitui o agregado familiar podemos constatar pela análise do gráfico nº 2, que a maior percentagem, 32,3%, é de dois elementos, seguida de perto pelos 3 elementos com 24,6%, sendo o máximo 8 e o mínimo 1 elemento. Estes valores são similares aos apresentados pelo Núcleo Executivo Rede Social Conselho Odivelas (NERSCO, 2005) onde as famílias, em média eram constituídas por 2,74 elementos.

**Gráfico nº 2 - Distribuição do nº de pessoas por agregado familiar**



No que diz respeito à estrutura familiar predominam as famílias conjugais nucleares com filhos, seguindo-se as famílias conjugais nucleares sem filhos, representando 33,1% e 23,80%, respectivamente. Estes dados, estão em consonância com os dados apresentados no Diagnóstico Social efectuado pelo CLDS em 2008. De realçar o aumento da percentagem de famílias unipessoais e monoparentais extensas quando comparadas com o diagnóstico de 2008.

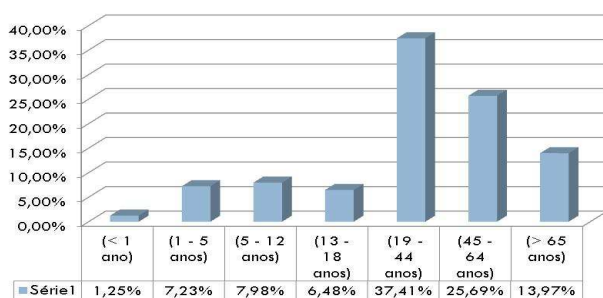
Tipo de Famílias	Percentagem
Famílias Unipessoais	10,80%
Famílias Conjugais Nucleares com Filhos	33,10%
Famílias Conjugais Nucleares sem Filhos	23,80%
Famílias Monoparentais	5,40%
Famílias Extensas	12,30%
Famílias Unipessoais mais pessoas aparentadas	5,40%
Famílias Monoparentais extensas	9,20%

Tabela nº 1 – Distribuição dos sujeitos segundo as estruturas familiares

### Idade/Género

Os intervalos de idades representados no gráfico seguinte foram adaptados segundo o definido pelo *National Library of Medicine - Medical Subject Headings* (DH&HS, 2009).

Gráfico nº3 – Distribuição dos sujeitos segundo as faixas etárias

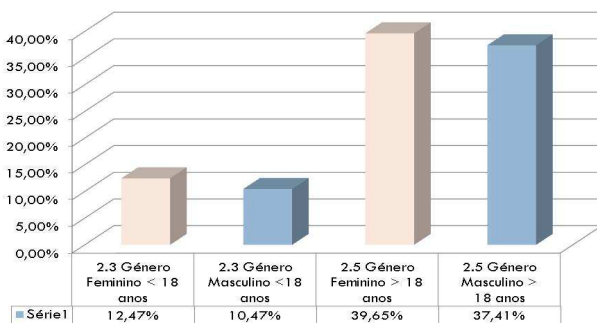


Podemos verificar que o intervalo com maior expressão é o de 19-44 anos com 37,14%, que conjuntamente com a faixa etária dos 45-64 anos, esta com 25,69%, contribui com a população em idade activa. A soma destas duas percentagens, 62,83%, é superior à

apresentada no diagnóstico social efectuado no bairro em 2008, 56% (CLDS; 2008). De salientar que a percentagem de sujeitos com mais de 65 anos, 13,97% é muito próxima da apresentada nos censos de 2001 para o concelho de Odivelas (CENSOS,2001). Este dado contraria o que se constata no resto do país onde se tem vindo a observar que o número de pessoas com mais de 65 anos aumentou de 16,8% para 17,6% no período de 2003-2008 (INE,2009)e poderá estar relacionado com os fluxos migratórios existentes no bairro.

Relativamente ao género, podemos observar que há uma homogeneidade relativamente ao género, sendo que predomina ligeiramente o sexo feminino quer na população com menos de 18 anos, quer na população com maioridade, dado que foi também achado em 2008 para o mesmo bairro (CLDS, 2008) e no diagnóstico social do concelho de Odivelas em 2005 (NERSCO; 2005).

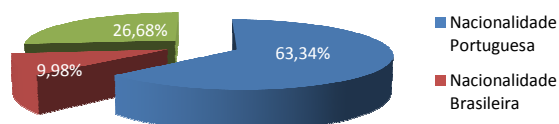
**Gráfico nº 4 – Distribuição dos sujeitos segundo o género**



**Nacionalidade e Naturalidade**

Quanto à nacionalidade, segundo o gráfico nº5 verificamos que a nacionalidade mais expressiva é a portuguesa, com 63,345. Podemos ainda referir, e fazendo uma comparação dos dados obtidos no presente estudo com os dados apresentados pelo CLDS (2008), que a nacionalidade brasileira tem vindo a aumentar a sua representação neste bairro, constituindo assim, de uma forma isolada, a segunda nacionalidade mais representada na amostra inquirida.

**Gráfico nº 5- Distribuição dos sujeitos segundo a nacionalidade**



A tabela seguinte espelha a diversidade cultural existente no bairro em estudo e apresenta a totalidade de países que contribuem para as outras nacionalidades. Depois da nacionalidade portuguesa seguem-se os nacionais dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) num total de 18,46%, sendo que a nacionalidade que se destaca é a nacionalidade Angolana com 5,99%, logo seguida por São Tomé com 5,74%. Os naturais dos países de leste e de acordo com os dados disponíveis parecem registar uma subida, com predominância dos habitantes oriundos da Ucrânia.

Nacionalidade	Percentagem
Nacionalidade Portuguesa	63,34%
Nacionalidade Brasileira	9,98%
Nacionalidade Angolana	5,99%
Nacionalidade Guineense	2,49%
Nacionalidade Ucraniana	2,24%

## Intervenções de Proximidade “Lado a Lado com a Comunidade”

Nacionalidade Russa	0,50%
Nacionalidade Romena	0,50%
Nacionalidade Indiana	2,74%
Nacionalidade São Tomense	5,74%
Nacionalidade Guine - Conakry	1,00%
Nacionalidade Paquistanesa	2,24%
Nacionalidade Moçambicana	0,25%
Nacionalidade Cabo Verdiana	2,99%

**Tabela nº 2-** Distribuição dos sujeitos quanto **todas as nacionalidades**

Os dados apresentados vão ao encontro do referido no MIGHEALTHNET, relatório apresentado por FONSECA e colaboradores “os anos 90 do século XX caracterizam-se pela consolidação e crescimento da população imigrante residente em Portugal com destaque para as comunidades oriundas dos PALOP e do Brasil, assim como pela emergência gradual de novos fluxos migratórios vindos da Europa de Leste e dos países da Ex-URSS. Em Portugal os imigrantes oriundos do continente asiático são menos numerosos. Contudo, é importante notar o recente crescimento dos chineses, paquistaneses, indianos e bangladeshes” (2009,p.5).

Em relação à naturalidade dos inquiridos foi adoptada a classificação NUTS II de acordo com o proposto pela EUROSTAT (2003, 2008) e pelo INE (2008). Assim, e analisando a tabela nº 3 verificamos que o predomínio é para a região de Lisboa e Vale do Tejo com 47,06%, seguida da Região Centro com 23,92%, a região Norte com 12,55%, o Alentejo com 4,71% e por último o Algarve com apenas 1,18%. Estes dados desenham o percurso dos fluxos migratórios que formam esta comunidade.

Naturalidade	Percentagem
Região Norte	12,55%
Região Centro	23,92%
Lisboa e Vale do Tejo	47,06%
Alentejo	4,71%
Algarve	1,18%
Paquistão	0,39%
Guiné - Bissau	2,35%
Angola	3,92%
São Tomé	0,78%
Ucrania	0,78%
Polónia	0,39%
Cabo Verde	1,57%
Cabo Verde	0,39%

**Tabela nº 3-** Distribuição dos sujeitos quanto à **naturalidade**

Os naturais de países estrangeiros representam nesta amostra, uma percentagem de 10,48%, inferior à encontrada no diagnóstico Social efectuado em 2008 (CLDS,2008), o que pode retratar a agilidade do processo de legalização. Aliás na questão relativa à situação de legalidade, apenas um sujeito referiu não ter a sua situação legal.

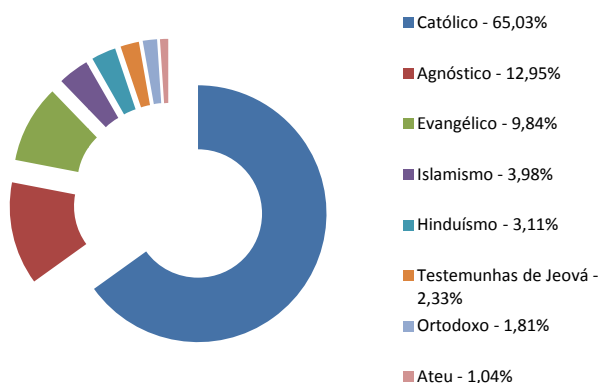
Não foram identificadas nos sujeitos inquiridos qualquer tipo de etnia.

**Religião**

Como podemos ver no gráfico nº 6, a religião católica é a dominante com 65,03%, dado similar ao referido no diagnóstico social do concelho de Odivelas, 64,3% (NERSCO,2005) e ligeiramente inferior ao encontrado pelo CLDS (2008), 73%. Também em Portugal a percentagem de católicos tem vindo a diminuir; em 2001, segundo o Anuário Católico de Portugal, a percentagem de católicos era de 93,3% da população e em 2006 89,8% - 9,38 milhões de católicos para uma população de quase 10,5 milhões de pessoas. (ECCLESIA, 2006).

O gráfico mostra ainda, que a acompanhar a diversidade de culturas encontramos também diferentes religiões, embora com percentagens inferiores, destacando-se a religião evangélica.

**Gráfico nº 6 – Distribuição dos sujeitos segundo as opções religiosas**

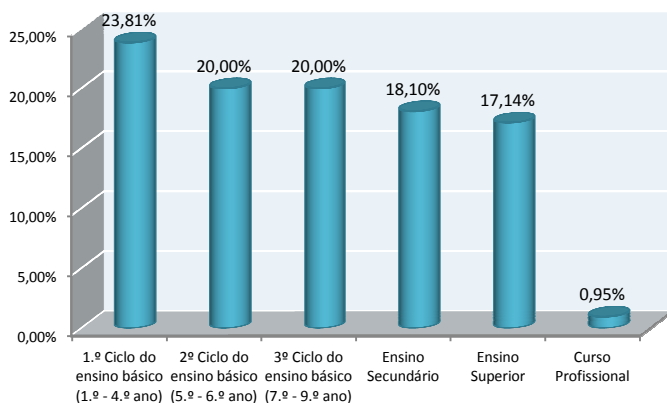


**Escolaridade**

Relativamente à escolaridade verificamos que se encontram a estudar 105 sujeitos o que corresponde a uma percentagem de 26,81% em relação à amostra total. Deste total de sujeitos verifica-se que 23,81% frequentam o 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo que os restantes se distribuem de forma equilibrada pelos restantes ciclos de estudo, à excepção do Curso Profissional que contribui apenas com 0,95%.

Apenas se encontram em situação de trabalhador-estudante 10 sujeitos.

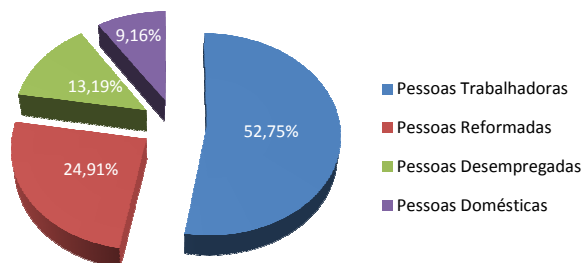
**Gráfico nº 7 – Distribuição dos sujeitos segundo a escolaridade que frequentam**



**Situação Laboral**

O número de sujeitos a que diz respeito este item é de 273, o que corresponde a 68,07% da amostra em estudo. Destes sujeitos, 52,75% encontram-se a trabalhar, 24,91% reformados e 13,19% estão desempregados. A taxa de desemprego verificada é ligeiramente superior à apresentada pela divulgada pelo CLDS e ainda pela taxa de desemprego nacional divulgada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para o 1º trimestre de 2010, cujo valor era de 10,6% (INE, 2010).

**Gráfico nº 8 – Distribuição dos sujeitos segundo a situação laboral**



Relativamente ao grau de instrução dos sujeitos acima referenciados, e analisando a tabela nº3, sobressai o 1º ciclo do ensino básico com 39,4%, à semelhança dos diagnósticos efectuados anteriormente (NERSCO, 2005; CLDS, 2008). Seguem-se o 3º ciclo do ensino básico e o ensino secundário com 19,92% e 19,52% respectivamente. É importante realçar a percentagem dos sujeitos a frequentar o ensino superior – 5,98%, praticamente o dobro da percentagem divulgada aquando do diagnóstico efectuado pelo CLDS.

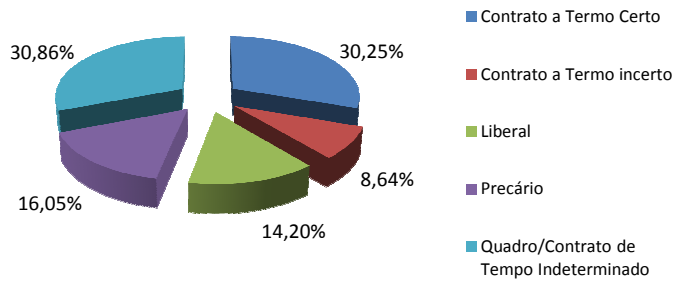
Grau de Instrução	Percentagem
(Sem Grau de Instrução - Analfabeto)	3,19%
(Sem Grau de Instrução - Sabe Ler e Escrever)	1,59%
(1.º Ciclo do ensino básico (1.º - 4.º ano)	39,04%
(2º Ciclo do ensino básico (5.º - 6.º ano)	9,56%
(3º Ciclo do ensino básico (7.º - 9.º ano)	19,92%
(Ensino Secundário)	19,52%
(Ensino Superior)	5,98%
(Curso Profissional)	1,20%

**Tabela nº 4 – Distribuição dos sujeitos segundo o grau de escolaridade**

**Vínculo Laboral**

No que concerne ao vínculo laboral dos sujeitos que se encontram a trabalhar, predomina o Contrato a tempo indeterminado, com 30,25%, seguido do contrato a tempo certo com 30,25%. Com situação precária encontramos 16,05% da amostra acima referida.

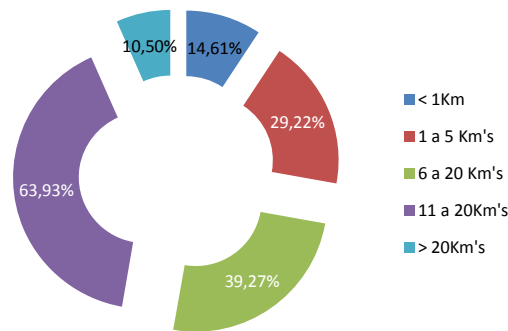
**Gráfico nº 9 - Distribuição dos sujeitos segundo o vínculo laboral**



**Distância e meio de deslocação**

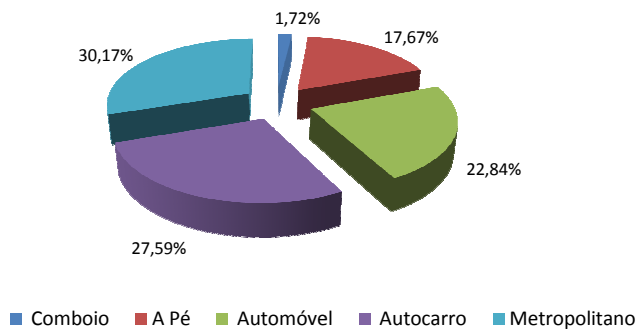
Relativamente à distância percorrida para o local de trabalho ou para a escola, observando o gráfico nº 8, constata-se que a maior percentagem se situa no intervalo 11 a 20 km com 63,93%, logo seguido do intervalo 6 a 20 Km com 39,27%. Pela observação aquando da colheita de dados podemos constatar que os 14,61% correspondentes à distância inferior a 1 km dizem respeito maioritariamente aos estudantes, deslocando-se muitos deles a pé no trajecto casa/ escola.

**Gráfico nº 10 - Distribuição dos sujeitos segundo a maior distância percorrida**



Quanto ao meio de deslocação e como podemos ver no gráfico seguinte, a percentagem é distribuída de uma forma equilibrada pelo autocarro e o metropolitano, sendo que o automóvel é referido por 22,84% dos sujeitos inquiridos.

**Gráfico nº 11 - distribuição dos sujeitos quanto ao meio de deslocação**



**Actividades recreativas e local de reunião com os amigos**

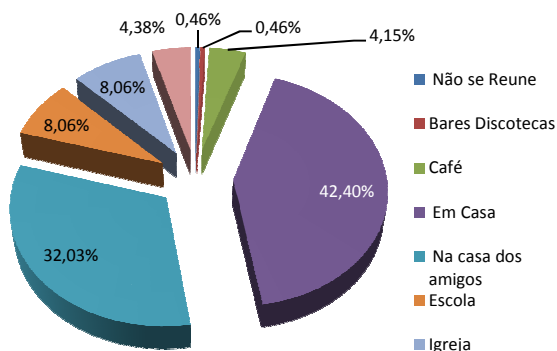
Através da análise da tabela nº 4 podemos observar que ver televisão é a actividade mais referenciada pelos sujeitos desta amostra, com 30,7%, seguida da actividade descansar com 18,96%. Estes dados levam a inferir o carácter sedentário dos respondentes. As actividades ligadas à informática foram expressas pelos sujeitos mais jovens.

Actividades de Lazer	Percentagem
Descansar	18,96%
Fazer Exercício	3,16%
Ir ao Cinema	0,68%
Jogar no Computador	10,84%
Navegar na Internet	4,97%
Ler	5,42%
Ouvir Musica	10,16%
Passear	14,45%
Ver Televisão	30,70%
Outros	0,68%

**Tabela nº 5** - Distribuição dos sujeitos segundo as actividades de lazer

No que diz respeito ao local de reunião com os amigos é privilegiado o encontro em casa, com 42,4% e em casa dos amigos com 32,03%. A escola e a igreja surgem ambas com 8,06%. O café não parece ser o local de eleição surgindo apenas com 4,15%.

**Gráfico nº 12** - Distribuição dos sujeitos segundo o local de encontro com os amigos

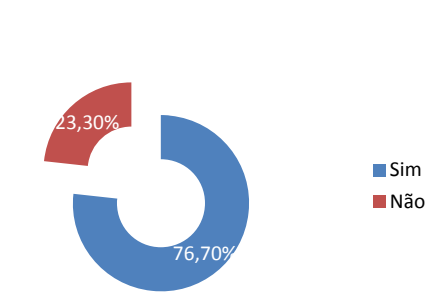


### 3.2. DIMENSÃO RELATIVA AO ESTADO DE SAÚDE

#### Inscrição no Centro de Saúde e atribuição de Médico de Família

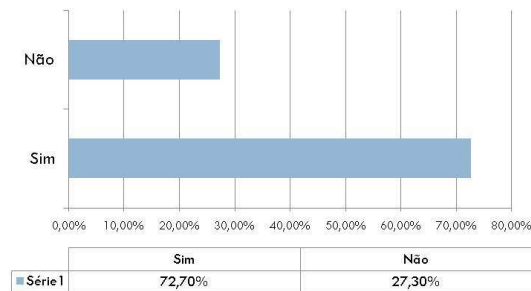
Do total da amostra em estudo, 76,7% encontram-se inscritos no Centro de Saúde de Odivelas (CSO).

**Gráfico nº 13** - Distribuição dos sujeitos segundo **inscrição no CSO**



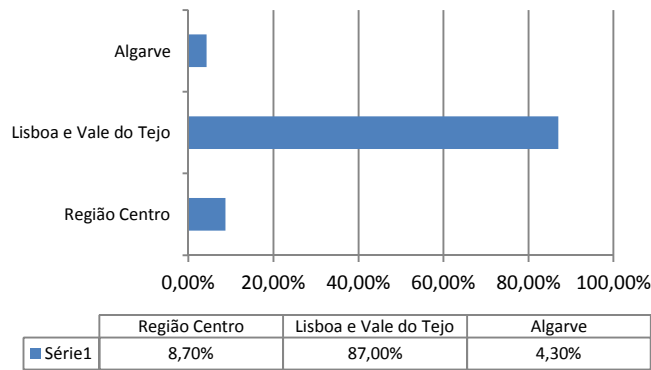
Dos sujeitos não inscritos no Centro de Saúde de Odivelas, é de realçar que 27,30 % não estão inscritos em qualquer Centro de Saúde (CS).

**Gráfico nº 14** - Distribuição dos sujeitos segundo **inscrição num outro CS**



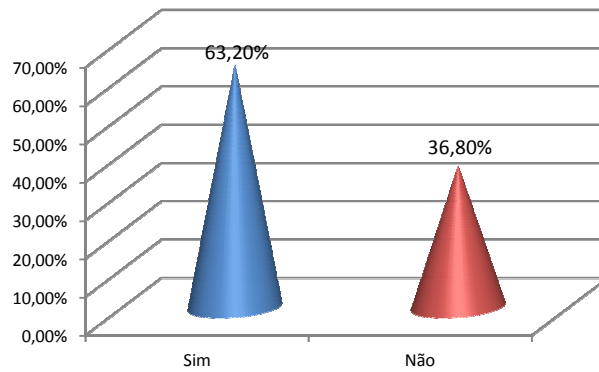
Analisando o gráfico nº 12 observamos que a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que se destaca com 87% dos sujeitos que têm a sua inscrição num outro centro de saúde. A região Centro e o Algarve contribuem com 8,70% e 4,30%, respectivamente, tendo os sujeitos referido como principal motivo de permanência nesses centros de saúde o receio de ficarem sem médico de família.

**Gráfico nº 15** - Distribuição dos sujeitos segundo a região de inscrição num outro CS



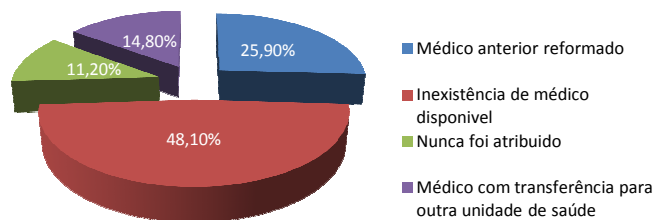
Relativamente à atribuição de médico de família verificou-se que 36,80% da amostra em estudo não tem médico de família.

**Gráfico nº 16** - Distribuição dos sujeitos quanto à atribuição de médico de família



Quando questionados sobre o motivo pelo qual não têm médico de família a razão mais enunciada foi não haver médico disponível em 48,10% das respostas. Importa salientar que em 25,90% dos casos o motivo foi a reforma do médico e em 14,80% a saída do médico para outra unidade. Estes dados levam-nos a inferir que a situação tem vindo a agravar-se, contribuindo para o aumento do número de pessoas sem médico de família.

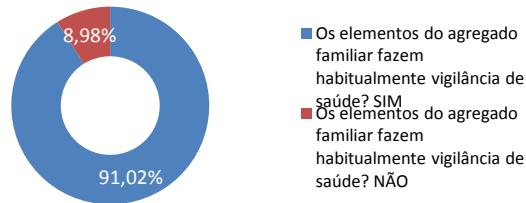
**Gráfico nº17** - Distribuição dos sujeitos segundo o motivo de não ter médico de família



**Vigilância de saúde**

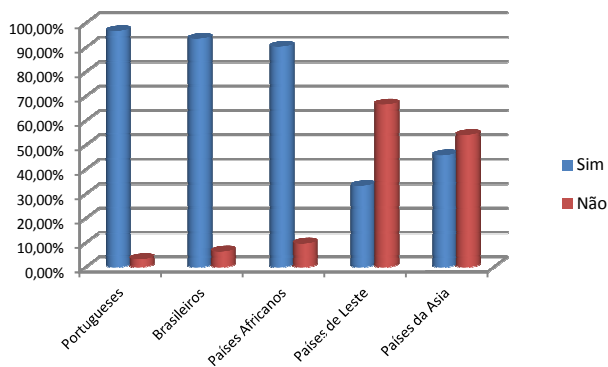
No que concerne à vigilância de saúde, pode-se verificar através do gráfico nº15 que 91,2% dos sujeitos realizam vigilância de saúde.

**Gráfico nº18 - Distribuição dos sujeitos segundo a realização de vigilância de saúde**



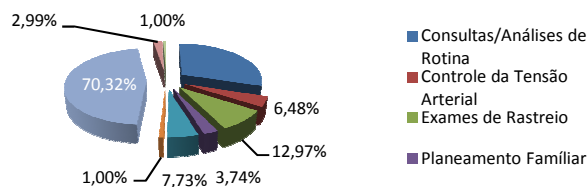
Pela análise do gráfico nº 16 podemos verificar que os sujeitos que não realizam vigilância de saúde são predominantemente os emigrantes, com especial relevo para os cidadãos oriundos dos países de Leste e da Ásia.

**Gráfico nº19 - Distribuição dos sujeitos segundo a realização de vigilância de saúde/nacionalidade**



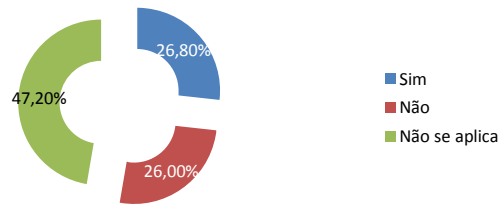
Da análise do gráfico nº 17 verificamos que, dos sujeitos que realizam vigilância de saúde, a vacinação sobressai com uma percentagem de 70,32%, seguida das consultas e análises de rotina com 45,3%. Os seguintes itens surgem com percentagens bastantes baixas, o que pode estar associado ao défice de profissionais de saúde no Centro de Saúde de Odivelas e conseqüente inexistência de programas como a consulta de diabetes e a consulta de doenças cardiovasculares.

**Gráfico nº 20 - Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de vigilância de saúde realizada**



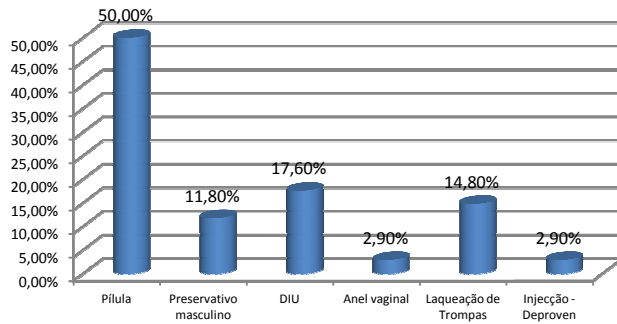
Relativamente ao planeamento familiar e nos 52,80% dos casos em que esta questão se aplicava, quase metade dos inquiridos não utilizavam qualquer método anticoncepcional.

**Gráfico nº 21** - Distribuição dos sujeitos quanto ao **planeamento familiar**



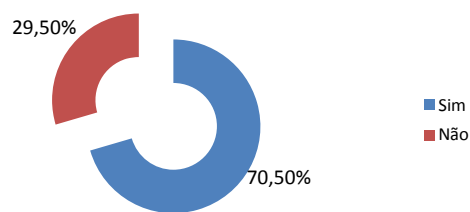
Nos 26,80% dos casos em que é utilizado método anticoncepcional, a pílula é o método de eleição em 50% dos casos, sendo a restante percentagem dividida pelos métodos ilustrados no gráfico.

**Gráfico nº22** - Distribuição dos sujeitos quanto ao **método contraceptivo**



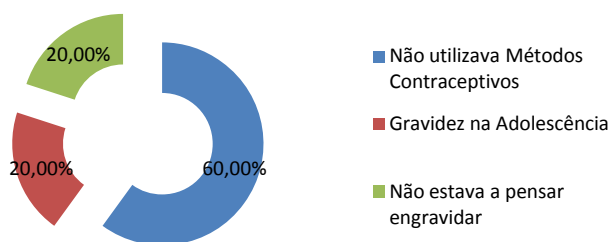
Relativamente às gravidezes ocorridas 70,50% dos sujeitos responderam que foram planeadas.

**Gráfico nº23** - Distribuição dos sujeitos segundo **planeamento da gravidez**



As gravidezes não planeadas deveram-se em 60% dos casos à não utilização de um método contraceptivo, em 20% das situações gravidezes ocorreram na adolescência e os restantes 20% não estavam a pensar engravidar.

Gráfico nº 24 - Distribuição dos sujeitos segundo ao motivo do não planeamento da gravidez



**Patologias existentes**

A análise da tabela seguinte permite visualizar as diversas patologias referidas pelos sujeitos inquiridos.

Patologias	Percentagem
Patologia Auditiva	2,35%
Patologia Cardiovascular	22,54%
Patologia Dermatológica	3,76%
Patologia Trato Urinário	2,35%
Patologia Endocrina	13,15%
Patologia Gastroenterológica	3,76%
Patologia Ginecológica	4,23%
Patologia Hepática	1,41%
Patologia Neurológica	8,45%
Patologia Oftalmológica	3,29%
Patologia Oncológica	2,82%
Patologia Osteoarticular Musculo esqueléticas	17,84%
Patologia Psiquiátrica	3,29%
Patologia Renal	1,88%
Patologia Respiratória	8,92%

Tabela nº 6 - Distribuição dos sujeitos segundo as patologias encontradas

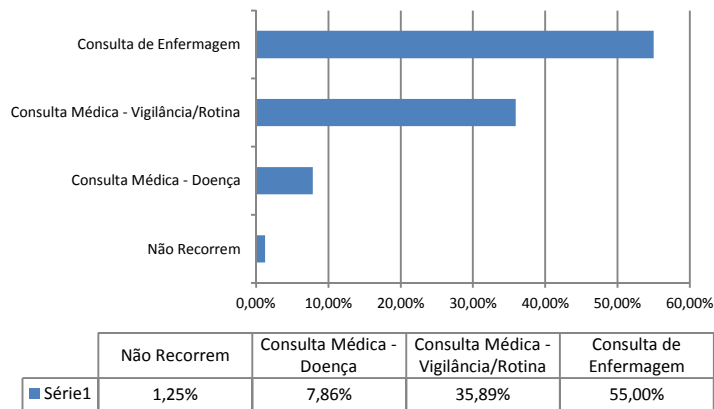
A patologia cardiovascular é a mais referenciada com 22,54%, seguida das patologias osteo-articular e musculo-esqueléticas com 17,84% e pela patologia endócrina com 13,15%.

Relativamente às doenças transmissíveis apenas se identificaram em três sujeitos o que corresponde a 0,75% da amostra em estudo. As patologias identificadas foram HIV, Tuberculose Pulmonar e Hepatite C.

**Situações em que recorrem ao centro de Saúde**

Em relação às situações em que os sujeitos recorrem ao centro de saúde podemos observar através do gráfico nº 22 que a consulta de enfermagem surge referenciada por 55% dos sujeitos, contribuindo para tal, em grande parte, a vacinação. 35,89% dos sujeitos recorrem à consulta médica de vigilância/rotina e 7,86% em situação de doença.

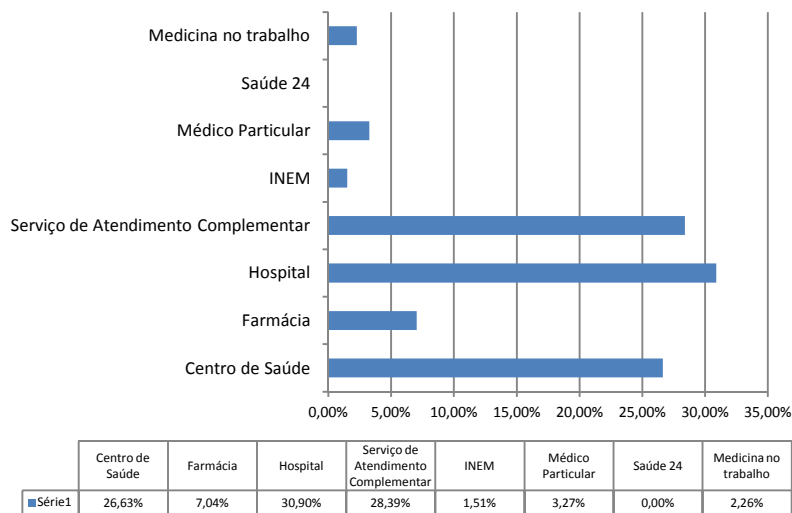
**Gráfico nº 25 - Distribuição dos sujeitos segundo as situações em que recorrem ao CS**



**Entidade a que recorrem em situação de doença**

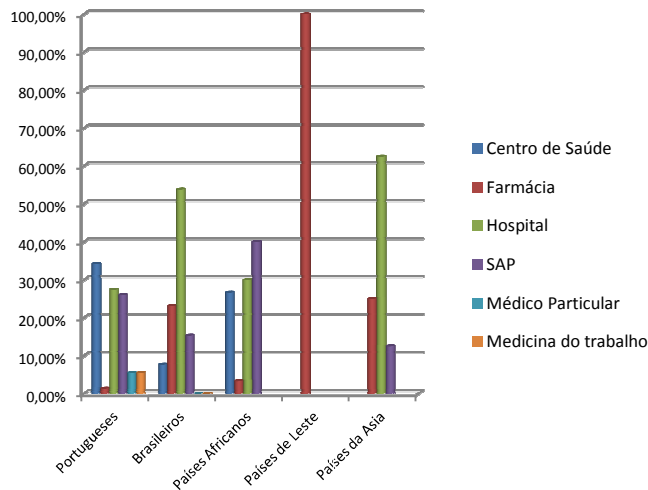
Em situação de doença e analisando o gráfico nº 23, os sujeitos da amostra inquirida recorrem mais frequentemente ao hospital com uma percentagem de 30,9%, segue-se o serviço de atendimento complementar com 28,39% e o centro de saúde com 26,63%.

**Gráfico nº 26 - Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença**



De realçar que 7,04% dos sujeitos da amostra recorrem à farmácia, sendo os inquiridos quase exclusivamente emigrantes, destacando-se os emigrantes de leste, para os quais é mesmo a única entidade referida, conforme mostra o gráfico nº 24. Estes dados vão ao encontro dos apresentados por FONSECA et al (2007) que mostram que as comunidades brasileiras e da Europa de Leste, estabelecidas há menos tempo em Portugal, recorrem ao Serviço Nacional de Saúde sobretudo em casos de urgência e, por isso, há muitos que praticam a automedicação ou dirigem-se apenas à farmácia.

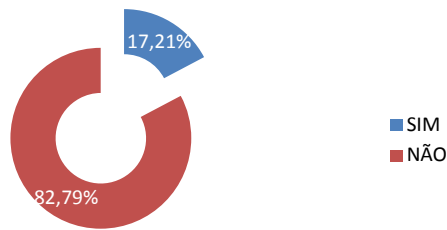
**Gráfico nº 27 - Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença/nacionalidade**



**Consumo de substâncias: álcool, tabaco e drogas ilícitas**

Do total da amostra inquirida apenas 17,21% referem consumir bebidas alcoólicas.

**Gráfico nº 28 - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo de bebidas alcoólicas**

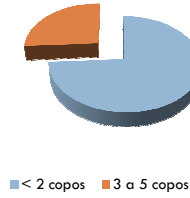


Dos que consomem 34,50% menciona consumir frequentemente, sendo que a maioria consome menos de 2 copos/dia (65,5%) e 26,10% consome 3 a 5 copos/dia.

**Gráfico nº 29** - Distribuição dos sujeitos segundo a **frequência** do consumo de **bebidas alcoólicas**

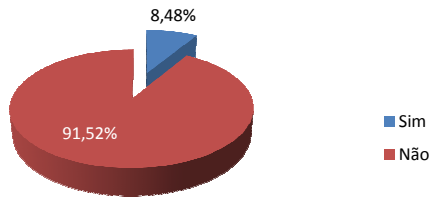


**Gráfico nº 30**- Distribuição dos sujeitos segundo a **quantidade** de consumo de **bebidas alcoólicas**



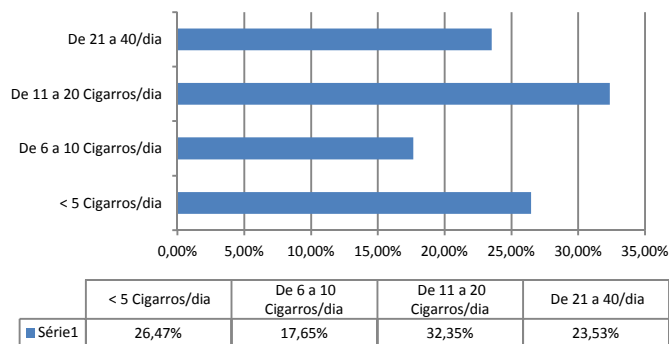
Em relação ao consumo de tabaco este apenas surge em 8,48% da amostra, o que corresponde a 34 sujeitos.

**Gráfico nº 31** - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo de **tabaco**



Dos 34 sujeitos que apresentam hábitos tabágicos, o intervalo mais expressivo é o de 11 a 20 cigarros com 32,35%, se bem que os restantes intervalos apresentam percentagens muito similares.

**Gráfico nº 32** - Distribuição dos sujeitos segundo os **hábitos tabágicos**



Relativamente ao consumo de substâncias ilícitas não houve nenhuma resposta afirmativa.

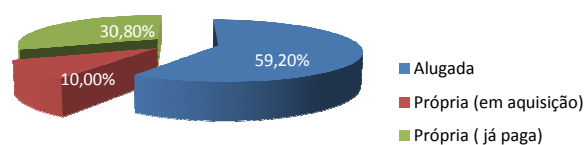
### 3.3. DIMENSÃO HABITACIONAL

Nesta dimensão pretende-se caracterizar o parque habitacional, expondo as condições das habitações.

#### Regime de ocupação da habitação

O regime de ocupação da habitação mais frequente é a habitação alugada, em 59,20% dos casos, o que se comprova no terreno, através das entrevistas com os conhecedores do bairro, referindo a existência dos proprietários que procedem ao aluguer e os arrendatários. Verifica-se que 30,80% dos agregados familiares residem em casa própria e já paga e 10% em casa própria em aquisição.

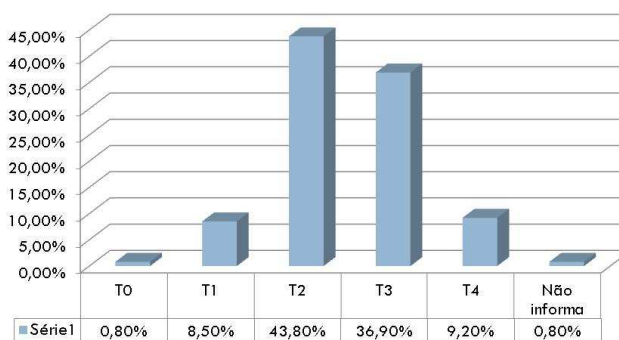
**Gráfico nº 33** - Distribuição dos agregados por regime de ocupação



#### Tipologia das habitações

Observando o gráfico seguinte podemos verificar que 43,80% das habitações são T2 e 36,90% são T3.

**Gráfico nº 34** - Distribuição dos agregados por tipologia da habitação



#### Origem da água consumida

A origem da água consumida pela totalidade dos inquiridos é proveniente da rede pública.

**Condições habitacionais**

Pela análise da tabela seguinte podemos verificar que a maioria das habitações, 70,80% possui as condições necessárias para o dia-à-dia, nomeadamente esquentador, fogão, frigorífico, luz eléctrica, máquina de lavar roupa, telefone e televisão. Quando associado a este conjunto surgem os aquecedores esse grupo apenas aparece em 20% das habitações.

De realçar que 9,3% das habitações não possuem esquentador, o que corresponde a 13 habitações, dificultando as questões relacionadas com a higiene e conforto.

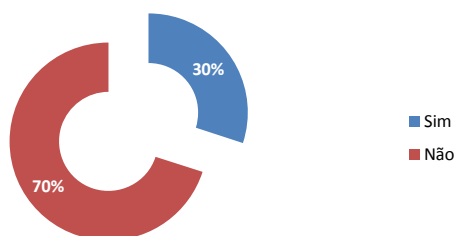
Condições Habitacionais	Percentagem
Aquecedores; Esquentador; Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	20,00%
Esquentador; Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	70,80%
Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	6,20%
Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica	2,30%
Fogão; Luz eléctrica; Máquina de Lavar Roupa; Telemóvel	0,80%

**Tabela nº 7 - Distribuição dos agregados segundo as condições habitacionais**

**Existência de animais e vigilância veterinária**

Dos 130 agregados familiares que constituem a amostra em estudo 39 possuem animais, o que corresponde a 30%.

**Gráfico nº 35 - Distribuição dos agregados quanto à existência de animais**



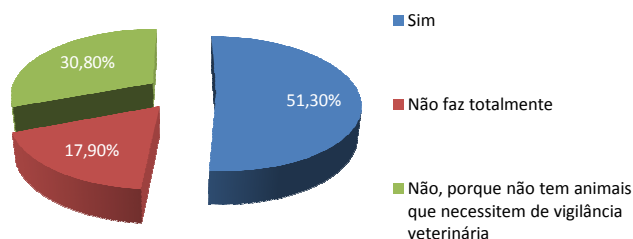
Segundo a tabela nº7 podemos verificar que os animais que existem em maior número são as galinhas com 20,39%, o que comprova o carácter rural deste bairro do concelho de Odivelas.

Animais	Porcentagem
Cão	18,45%
Coelho	3,88%
Gato	9,71%
Hamster	2,91%
Pássaro	38,83%
Peixe	5,83%
Galinha	20,39%

Tabela nº 8 - Distribuição dos animais segundo a sua espécie

Do total de animais identificados 51,30% realizam vigilância veterinária, 30,80% não necessitam de vigilância veterinária e 17,90% não realizam vigilância.

Gráfico nº 36 - Distribuição dos animais quanto à vigilância veterinária

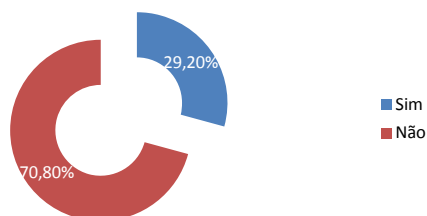


### 3.4. DIMENSÃO RELATIVA ÀS EXPECTATIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

#### Interesse em receber informação variada

Em relação às necessidades de informação referidas pelos 130 inquiridos representantes do agregado familiar, apenas 29,20% responderam que gostariam de obter informações, o que corresponde a 38 inquiridos.

Gráfico nº 37 - Distribuição dos inquiridos quanto ao interesse em receber informação variada



Dos 38 inquiridos que desejam receber informação, 33,8% gostariam que lhe fosse focado o tema patologias, muitas vezes associado com dúvidas relacionadas com as suas próprias doenças. A orientação profissional foi verbalizada por 24,13% dos sujeitos. A restante percentagem é dividida por diversos temas conforme apresentado na tabela seguinte.

Temas de informação	Porcentagem
Alimentação Saudável	1,41%
<b>Patologias</b>	<b>33,80%</b>
Doenças Transmissíveis	4,23%
Apoio Social	5,63%
Apoio Psicológico	11,27%
Métodos anticoncepcionais	2,82%
Orientação Legal	1,41%
Drogas	1,04%
Meio ambiente	2,82%
Alcoolismo	4,23%
Geriatrics	4,23%
Infertilidade	1,41%
Orientação profissional	24,31%
Vacinação	1,41%

Tabela nº 9 - Distribuição dos inquiridos segundo o **tipo de informação** que gostariam de receber

#### A concepção de viver com saúde

A questão 24 apresenta as opiniões dos inquiridos sobre o conceito de viver com saúde. É importante registar que nesta questão a amostra diz respeito ao representante do agregado familiar, pelo que serão tratadas 130 respostas.

Assim, após realizada a análise das respostas foram encontradas as seguintes categorias: **Sensação de Bem-Estar; Ser Feliz, Ter Qualidade de Vida; Bem Essencial, Ter Paz; Manutenção de Capacidades; Hábitos de Vida Saudáveis; Ausência de Problemas; Ausência de Doença; Ausência de Dor; Estabilidade nas Relações com a Família e Amigos; Acesso aos Recursos de Saúde.**

A tabela nº 9 espelha as categorias identificadas com as respectivas percentagens, resultantes da soma das unidades de registo atribuídas a cada uma delas.

Categorias	Unidades de Registo	Porcentagem
Sensação de bem-estar	29	15,68%
Ser feliz	10	5,41%
Ter qualidade de vida	11	5,95%
<b>Bem essencial</b>	<b>33</b>	<b>17,84%</b>
Ter paz	6	3,24%
Manutenção de capacidades	16	8,65%
Hábitos de vida saudáveis	22	11,89%
Ausência de problemas	9	4,86%
Ausência de doença	21	11,35%
Ausência de dor	22	11,89%
Estabilidade nas relações com a família e amigos	4	2,16%
Acesso aos recursos de saúde	2	1,08%

Tabela nº 10 - Distribuição dos sujeitos segundo as **categorias encontradas**

A primeira conclusão a reter da análise deste gráfico é a diversidade de respostas para definir o conceito de viver com saúde. A “saúde é a característica principal da nossa vida, é um domínio de acção que diz respeito a todos nós”, e por isso mesmo assume um “sentido variável, aberto a muitas interpretações” (HONORÉ, 2002:18)

ARNOLD e BREEN (2006) retratam dez ideias de saúde: a antítese da doença, um estado de equilíbrio, o crescimento, a capacidade funcional, a bondade, plenitude, bem-estar, transcendência, empoderamento e saúde como um recurso, e todas juntas revelam a complexidade do conceito. Interessante verificar que algumas destas ideias de saúde são também identificadas nas unidades de registo decorrentes do discurso dos inquiridos.

Podemos verificar que a categoria com maior número de unidades de registo foi a **Saúde Como Bem Essencial**, com 33 unidades de registo, o que corresponde a 17,83% das respostas dadas.

Segue-se a categoria **Sensação de Bem-Estar**, com 15,67% das respostas dadas, equivalente a 29 unidades de registo.

Indo ao encontro destas e de outras categorias referidas na tabela 9, também HOFFMAN (2005) refere outros critérios relacionados com a saúde para além da ausência da doença, como bem-estar, felicidade, a prosperidade humana, e capacidade de realizar objectivos vitais ou a possibilidade de funcionar como um todo.

A categoria **Ausência de Dor** surge com 11,89% , o que nos leva a inferir a importância atribuída pelos sujeitos ao fenómeno dor. A dor pode surgir ao longo das diferentes fases da vida sendo por isso temida e vivenciada por cada pessoa de forma distinta. A experiência dolorosa possui um carácter individual e único, sendo fruto da interacção de valores, culturas, experiências anteriores, meio envolvente, comportamento, cognição, personalidade e idade de cada pessoa (DGS, 2001).

A dor pode alterar por completo o quotidiano de um indivíduo, uma vez que, “a dor não abate apenas o corpo, abate a pessoa, quebra a evidência da sua relação com o mundo, altera o curso da vida diária e altera a relação com os outros” (METZGER et al, 2002: 132).

As categorias **Ausência de Doença** e **Hábitos de Vida Saudáveis**, com 11,89% e 11,35 respectivamente encontram-se com o referido por LAVERACK “quando pedimos às pessoas para falarem abstractamente sobre o que é a saúde, elas geralmente referem: não estar doente; não ter doenças; mantermo-nos em forma ; não fumar, comer bem.” (2008, p.21)

### 4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após a discussão dos resultados torna-se imperativo definir prioridades, sendo esta a segunda fase do processo de planeamento em saúde (IMPERATORI 1993,p.63).

Tendo como referência o autor supra citado foram tidos em consideração, na definição de prioridade, os seguintes elementos:

- **Horizonte do projecto** - tempo de intervenção;
- **Área de programação** – prioridades internacionais, nacionais, concelhias.

Foram, também utilizados os seguintes critérios de selecção:

- **Magnitude** – caracterizar o problema pela sua dimensão;
- **Vulnerabilidade** – possibilidade de prevenção;
- **Evolução** – possibilidade de um problema se agravar;
- **Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências** – dar maior prioridade às doenças que provocam estas situações.

Assim, da análise dos resultados e da aplicação dos critérios referidos foi definida como prioridade a intervenção na área das doenças cardiovasculares, com o projecto: **“O nosso coração precisa de atenção”**

A justificação do projecto prende-se de forma sistematizada com:

- **Horizonte do projecto** - tempo de intervenção - **2 meses**;
- **Área de programação** – “O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá prioridade máxima à execução prática do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares”;
- **Magnitude** – *“Segundo a OMS, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, sendo que morrem mais pessoas por ano devido a doenças cardiovasculares do que por outra causa qualquer (OMS, 2009);*
- **Vulnerabilidade** – *“A OMS calcula que uma ligeira redução, em toda a população mundial, da pressão arterial, da obesidade, do colesterol e do consumo de tabaco, simultaneamente, iria fazer cair a incidência da doença cardiovascular em mais de metade” (Carta Europeia para a Saúde do Coração, 2007);*
- **Evolução** – *“Estima-se que em 2030, quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares, principalmente por doença cardíaca e acidente vascular cerebral, continuando assim a ser, a principal causa de morte” (OMS, 2009);*
- **Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências** – *“A doença cardiovascular é uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida” (Carta Europeia para a Saúde do Coração,2007).*

Foi ainda delineado o projecto **“Saúde mais Próxima”** relacionado com o funcionamento de uma Unidade Móvel de Saúde no bairro em estudo.

Este projecto nasce da reflexão sobre os resultados dos dados, que nos mostram um bairro com uma enorme diversidade cultural, grupos vulneráveis, baixa procura de serviços de saúde aliados à fraca acessibilidade e bolsas de pobreza.

Não sendo possível colocar em prática devido ao tempo de intervenção, a sua redacção pretende servir como ponto de partida para as actividades a desenvolver no âmbito da futura UCC. Relacionado com este aspecto podemos ler na Missão para os Cuidados de Saúde Primários que compete à UCC “ à luz do disposto no artigo 11º do DL 28/2008, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

Este será assim um projecto para um futuro, esperemos que próximo, para melhorar a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde prestados à população do Bairro Vale do Forno.

**BLOGRAFIA**

- ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA - **Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea**. Lisboa: editorial Verbo, 2001, 1ª vol. A-F, 1846p. ISBN: 972-22-2046-2
- ALBUQUERQUE, Ana – A perspectiva multicultural do cuidar em enfermagem. In LOPES, José Carlos [et al] – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência, 2009, p.131-146. ISBN 978-972-8930-45-5.
- ANDREWS, M.M.- Cultural diversity and community health nursing. In: NIES, M. A. ; SWANSON, J. M.- **Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates**. 2ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1997. P.435-475. ISBN 0-7216-6167-X
- ARNOLD, J.; BREEN, L.J. - Images of health. In: **Health Promotion in Practice**. Edited by: Gorin S, Arnold J. San Francisco: JohnWiley & Sons, Inc; 2006, p.3-30 ISBN: 978-0-7879-7961
- BARDIN, L.- **Análise de Conteúdo** - Lisboa: Edições 70,1977, 225p.
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R KJELLSTROM, T. - **Epidemiologia básica**. 1ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.191p.ISBN 972-98811-2-X
- BELLO, Ann – Análise descritiva de dados. In: LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 2001. p. 200-210. ISBN 85-277-0659-8.
- BELSEY, M.A.- **Aids and the family: policy options for a crisis in family capital**. New York: United Nations Publication, 2005, 151p. ISBN: 92-1-130247-1. [em linha] [www.un.org/.../family/.../FINAL%20REPORT%20%20BELSEY'S%20HIV%20REPORT%20\(PDF\).pdf](http://www.un.org/.../family/.../FINAL%20REPORT%20%20BELSEY'S%20HIV%20REPORT%20(PDF).pdf) Acedido em 03/08/10
- CARMO, H.; FERREIRA, M.M. - **Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem**. 2ª Ed.Lisboa: Universidade Aberta, 2008, 375p. ISBN 978-972-674-231-9.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures, Lusodidacta, 2ªed., 2003, 448p. ISBN: 972-8383-53-3
- COOKFAIR, J. M. - **Nursing Care in the Community**.2ª ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1996, 750p. ISBN 0-8151-1538-5
- DEGAZON, Cynthia- A diversidade cultural e a prática de Enfermagem Comunitária. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999, ISBN: 972-8383-05-3
- DEL RÍO, Amalio - Community Health Diagnosis as a Curriculum Component: Experience of the Faculty of Health Sciences, Walter Sisulu University, Eastern Cape, South Africa. **MEDICC Review: Health and Medical news of Cuba**. Volume VII - No. 8 - August/September2005, p.22-25 [em linha] [www.medicc.org/publications/medicc\\_review/pdf-files/0805.pdf](http://www.medicc.org/publications/medicc_review/pdf-files/0805.pdf) - acedido em 08/08/10.
- DH&HS - Medical Subject Headings. **U.S. National Library of Medicine**, National Institutes of Health, Department of Health & Human Services. Last updated: 28 August 2009. [em linha] <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Acedido em: 20/07/10
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) – Plano Nacional de Luta Contra a Dor. 2001 - Consultado em <http://www.dgs.pt>
- ECCLESIA- **Dados estatísticos da Igreja no país e no mundo**. 2006 [em linha] [www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=32953](http://www.agencia.ecclesia.pt/cgi-bin/noticia.pl?id=32953) - acedido em 14/08/10.
- EUROSTAT - NUTS - Nomenclature of territorial units for statistics. European Commission. [em linha] [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction), acedido em 11/08/10.
- EUROSTAT - Regulation (ec) nº 1059/2003 of the European Parliament and of the Council of 26 May 2003 on the establishment of a common classification of territorial units for statistics (NUTS). **Official Journal of the European Union**. L154, 2003, 41p. [em linha] [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/.../nuts.../introduction), acedido em 11/08/10.
- FLYNN, B.C.; DENNIS, L.I. – A promoção da saúde através das cidades saudáveis. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 361-371, ISBN: 972-8383-05-3
- FONSECA, M.L. [et al] – MIGHEALTHNET- Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa - **Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal**. Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa, 2009, 54p. [http://www.mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet\\_SOAR\\_por.pdf](http://www.mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet_SOAR_por.pdf), acedido em 14/08/10
- FONSECA, M.L. [et al] - Saúde e Integração dos Imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política'. Migrações – Imigração e Saúde. **Revista do Observatório da Imigração**. Lisboa: ACIDI I.P, 2007, 27-52. [www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf](http://www.ceg.ul.pt/mcm/migracoesart.pdf) acedido em 14/08/10
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. 388p. ISBN 972-8383-10-X.
- FRIEDMAN, M.M.; BOWDEN, V.R.; JONES, E.G. - **Family Nursing: Research, Theory, and Practice**. 5ª ed.New Jersey: Prentice Hall, 2003, 714p. ISBN: 0-13-060824-6

- GRANDE, N. – Ética e investigação. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra: Formasau, Nº 2, 2000,p. 49-53. ISBN/ISSN: 0874.7695
- HABER, Judith – Amostragem. In: LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 140-155. ISBN 85-277-0659-8.
- HICKMAN, P.- Community Organization: building partnerships for health. In: NIES, M. A. ; SWANSON, J. M. - **Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates**. 2ª ed.Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1997. P.137-153. ISBN 0-7216-6167-X
- HOFFMAN, B - **Simplified models of the relationship between health and disease**.In: Theoretical Medicine and Bioethics, Springer, 2005,vol.26, nº5, p.355-377, ISSN 1386-7415
- HONORÉ, Bernard- *A Saúde em Projecto*. Paris: Lusociência, 2002, 232p, ISBN: 9789728383312
- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 200p.
- Instituto Nacional de Estatística – **Censos 2001: Antecedentes, metodologia e conceitos**. Lisboa: INE, 2003, 165 p. ISBN 972-673-684-6. [em linha] [www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBou...att...n](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBou...att...n) *acedido em 03/08/10*
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Portal de estatísticas Oficiais: principais indicadores. Lisboa, 2010. [em linha] [www.ine.pt/xportal/xmain?xlang...ine...INE](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang...ine...INE), *acedido em 10/08/10*.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Projecções de população residente em Portugal 2008- 2060, 2009,5p. [em linha] [www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look...att...n...Acedido](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att...n...Acedido) *em 26/07/10*
- KRAINOVIICH-MILLER, B. – Revisão de Literatura. In: LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. p. 53-74. ISBN 85-277-0659-8.
- LAVERACK, GLENN – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2008. 195p. ISBN 978-989-8075-09-3
- LEI CONSTITUCIONAL Nº 1/2005. D.R. I SÉRIE-A. 155 (12-08-2005) 4642.
- LEI N.º 47/90. DR I SÉRIE. 195 (24-08-1990) 3452.
- LEININGER, Madeleine – **Culture care diversity and universality: A theory of nursing**. London: Jones and Bartlett Publishers, 2001, p. 37-63. ISBN 0-7637-1825-4.
- LEININGER, MADELEINE – **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices**. 2ª Edição. New York: McGraw-Hill, 1995, 706p. ISBN 0-07-037660-3.
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G.- **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**. 2ª ed. Lisboa, Stória Editores, Lda., 2005,184p. ISBN: 972-771-737-3.
- LOBIONDO-WOOD G, HABER J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001. 330 p. ISBN 85-277-0659-8.
- METZGER, Christiane et al (2002) – Cuidados de Enfermagem e Dor – Lisboa, Lusociência, ISBN: 972-8383-32-0.
- NERSCO - Núcleo Executivo da Rede Social do Concelho de Odivelas: Diagnóstico Social do Concelho de Odivelas. Odivelas: Câmara Municipal de Odivelas, 2005. [em linha] [www.cm-odivelas.pt/.../AssuntosSociais/rede\\_social\\_redesocial.htm](http://www.cm-odivelas.pt/.../AssuntosSociais/rede_social_redesocial.htm), *acedido em 08/08/10*
- NIES, M. A. ; SWANSON, J. M. - **Community Health Nursing: Promoting the Health of Aggregates**. 2ª ed.Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1997.934p. ISBN 0-7216-6167-X
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno temático** - Modelo de desenvolvimento profissional. Dezembro 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde: declaração de Alma-Ata: recomendações**. Alma-Ata: 1978. 15p. [Em linha] [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf) *acedido em 27/07/10*
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. 15 p. [Em linha] [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf) *acedido em 27/07/10*
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – Declaração de Adelaide. Austrália, 1988.7 p. [Em linha] [www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf) *acedido em 28/07/10*
- ORNELAS, JOSÉ - **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século Edições, 2008, 480p. ISBN: 9789727542567
- ORNELAS, José. Nota de Abertura. **Análise Psicológica**. Sept. 1997, vol.15, nº.3, p.371-373. ISSN 0870-8231 [em linha] [www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?...](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?...) *Acedido em 28/07/10*
- PENDER, N.J. - **Health Promotion in Nursing Practice** (2ª ed.). Norwalk, CT: Appleton-Lange. 1987. 497p. ISBN 0-8385-3674-3
- PERKINS, DOUGLAS D; ZIMMERMAN, MARC A- Empowerment theory, research, and application **American Journal of Community Psychology**; Oct 1995; vol.23, nº 5; Research Library Core pg. 569-579 [em linha] [www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.../empintro.proquest.pdf](http://www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.../empintro.proquest.pdf) *Acedido em 28/07/10*
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P.- **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**.3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p. ISBN 85-7307-101-X

PORTUGAL. Ministério da Saúde. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Gabinete do Ministro da saúde. Outubro de 2008, p10.

QUIVY, R. ; VAN CAMPENHOUDT, L. - **Manual de investigação em Ciências Sociais**. 2ªed. Lisboa: Gradiva. 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1

SARACENO, Chiara; NALDINI, Manuela - **Sociologia da família**. 2ª ed., Lisboa: Editorial Estampa, 2003, 406p. ISBN: 972-33-1906-3

SHUSTER, G.F.; GOEPPINGER, J.- A comunidade como cliente: a utilização do processo de enfermagem na promoção da saúde. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 311-340, ISBN: 972-8383-05-3

STANHOPE, M.- Teorias e desenvolvimento familiar. In: STANHOPE, M. LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999,p. 491-518, ISBN: 972-8383-05-3

STEIN, Airtón Tetelbom - Diagnostico de saude de uma comunidade na zona norte de Porto Alegre, RS : comparação entre os respondentes e os não-respondentes. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, 1989, 113p. [em linha] [www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1388](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1388), acessado em 06/08/10.

STREUBERT, HELEN- A produção da investigação Qualitativa: elementos comuns essenciais. In: STREUBERT, HELEN; CARPENTER, DONA – **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, 2002, p.17-34. ISBN 972-8383-29-0.

TAVARES, António - Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, 1990, 223p.

VALA, J.- A análise de conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J. M. (Ed.) – **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Edições Afrontamento, 1986.

WELCH, ALICE – Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade. In: ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann Marriner – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, p.563-591. ISBN 972-8383-74-6.

ANEXOS

ANEXO I

ACTA DA REUNIÃO COM A EQUIPA DO PROJECTO CLDS-VS

*Acta da reunião*

*Nº1*

*CLDS-VS*

*23/03/2010*

**Objectivos:**

- Conhecer o projecto desenvolvido pelo CLDS-VS
- Perceber de que forma pode ser rentabilizada a parceria com o CSO
- Identificar focos de problemas passíveis de intervenção no âmbito da UCC

**Objectivos pessoais:**

- Conhecer a equipa do CLDS-VS
- Conhecer a realidade do bairro Vale do Forno
- Identificar pontes de convergência entre o projecto desenvolvido pelo CLDS-VS e o trabalho que pretendo desenvolver neste bairro ao longo do estágio módulo I e módulo II

**Intervenientes:**

- Coordenadora do projecto - Benedita Lima
- Educadora social – Sofia Martins
- Vogal do conselho executivo do Centro de Saúde de Odivelas (CSO) – Margarida Santos
- Enfermeira Chefe do CSO – Carla Janela
- Enfermeira do CSO – Carolina Fuentes
- Enfermeira do CSO – Isabel Nunes

**Resultados da reunião:**

Para além da apresentação do projecto, foram facultadas informações importantes, nomeadamente:

- Diagnóstico Social da Vertente Sul 2008
- Total de utentes inscritos - 500
- Famílias a quem distribuem alimentos e vestuário - 25
- Problemas mais proeminentes – violência doméstica (representação cultural) e HIV na relação conjugal (como criar grupos de apoio num bairro em que todos se conhecem?)

**Nota:** para a preparação desta reunião realizei pesquisa sobre o CLDS e suporte legislativo e informações relativas ao CLDS-VS.

ANEXO II

ACTA DA REUNIÃO COM O PRESIDENTE DA AUGI DO BAIRRO VALE DO FORNO

*Acta da reunião*

*Nº2*

*AUGI Vale do Forno*

*21/04/2010*

**Objectivos:**

- Conhecer a intervenção da Área Urbana de Génese Ilegal – AUGI no Bairro Vale do Forno
- Auscultar informações sobre o bairro

**Intervenientes:**

- Presidente da AUGI do bairro vale do Forno – Srº Madeira
- Enfermeira do CSO – Isabel Nunes

**Resultados da reunião:**

Com esta reunião foi possível perceber:

- O nº de habitantes existentes no Vale do Forno – aproximadamente 4000
- O nº de fogos existentes no Vale do Forno – aproximadamente 300
- Muitos dos fogos possuem anexos os quais são arrendados a imigrantes, o que pode multiplicar ou triplicar o nº de agregados familiares.
- Problemas relacionados com a toxicodependência: consumo e tráfego muito localizados em determinados locais do bairro; problemas já sinalizados à PSP
- O desemprego é também um dos problemas assinalados pelo presidente da AUGI
- Apoios: para além do CLDS, apoio das diferentes comunidades religiosas presentes no bairro: os vicentinos (religião católica), igreja lusófona, igreja de Nosso Senhor Jesus Cristo no Mundo (tocoístas)

ANEXO III  
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO FORMULÁRIO



**ARSLVT**  
Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.



CENTRO DE SAÚDE  
DE ODIVELAS

Exma. Enfermeira Teresa Figueiredo  
ACES de Odivelas, Centro de Saúde da Pontinha

Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca, enfermeira da Equipa de Cuidados Continuados Integrados do ACES Odivelas, a frequentar o Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária, vem por este meio solicitar autorização para aplicação do formulário utilizado na investigação realizada por vossa Exma no diagnóstico de situação de uma comunidade, uma vez que é seu objectivo realizar investigação semelhante, na comunidade do bairro Vale do Forno.

Sem outro assunto, agradece a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Odivelas, 5 de Maio de 2010

  
Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca

*Autorizo a aplicação do formulário*  
*Teresa Figueiredo*  
*6/5/2010*

ANEXO IV  
FORMULÁRIO



## FORMULÁRIO APLICADO À COMUNIDADE DO VALE DO FORNO

Sou Enfermeira do Centro de Saúde de Odivelas a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa e encontro-me a realizar um estudo sobre “Diagnóstico de situação de Saúde da comunidade do Vale do Forno”, que pretende conhecer o estado de saúde e expectativas da população.

A sua colaboração é de extrema importância para a nossa investigação.

O seu anonimato será garantido ao longo deste processo de investigação.

O tempo de aplicação do formulário é de aproximadamente 20 minutos.

**Obrigado pela sua disponibilidade!**

N.º



## Formulário

### Caracterização

1. Existe mais que um Agregado Familiar nesta residência?

Sim

Não

2. Quantos elementos pertencem ao agregado família? \_\_\_\_\_ ( se elemento singular, passe para a questão 2.4)

2.1. Que relações de parentesco têm consigo os outros elementos?

Afilhada

Filho

Neta

Primo

Afilhado

Genro

Neto

Sobrinha

Avó

Irmã

Nora

Sobrinho

Avô

Irmão

Padrasto

Sogra

Esposa

Madrasta

Padrinho

Sogro

Esposo

Madrinha

Pai

Tia

Filha

Mãe

Prima

Tio

Não tem. Que tipo de relação tem consigo? \_\_\_\_\_

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

2.2 Diga o número de elementos, com **idade < 18 anos**, com as seguintes idades:

< 1 ano

10 – 12 anos

1 - 3 anos

13 – 15 anos

4 – 6 anos

16 – 18 anos

7 – 9 anos

2.3 Diga o número de elementos, com **idade < 18 anos**, dos seguintes géneros:

Feminino

Masculino

2.4 Diga o número de **adultos** com as seguintes idades:

18 – 25 anos

46 – 50 anos

71 – 75 anos

26 – 30 anos

51 – 55 anos

76 – 80 anos

31 – 35 anos

56 – 60 anos

> 80 anos

36 – 40 anos

61 – 65 anos

41 – 45 anos

66 – 70 anos

2.5 Diga o número de **adultos** com as seguintes géneros:

Feminino

Masculino



3. Quais as nacionalidades de origem dos elementos do agregado familiar?

- Portuguesa (passar para 3.2)  Brasileira

- Outras. Quais? \_\_\_\_\_

3.1 Se não são de nacionalidade Portuguesa e se existem elementos com situação legal irregular, indique quantos em cada item:

- Feminino  Masculino

3.2 Se respondeu nacionalidade Portuguesa, indique quais as naturalidades dos elementos da agregado familiar?

- |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
- Não sabe

3.3 Etnia (se aplicável):

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Qual(ais) a(s) religião(ões)/seita(s) do seu agregado familiar?

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Adventista | <input type="checkbox"/> Católica             |
| <input type="checkbox"/> Agnóstico  | <input type="checkbox"/> Evangélico           |
| <input type="checkbox"/> Ateu       | <input type="checkbox"/> Testemunhas de Jeová |
- Outras. Quais? \_\_\_\_\_  
 Não sabe

5. Dos elementos do agregado familiar, **excluindo as crianças com idade inferior a 5/6 anos e os elementos que ainda não iniciaram o 1º ciclo do ensino básico**, indique:

5.1 Qual o nível de escolaridade que frequentam os Estudantes/Trabalhadores-Estudantes?

- 1.º Ciclo do ensino básico (1.º- 4.º ano)  
 2.º Ciclo do ensino básico (5.º- 6.º ano)  
 3.º Ciclo do ensino básico (7.º- 9.º ano)  
 Ensino Secundário  
 Ensino Superior  
 Curso Profissional  
 Não sabe



5.1.1 Quanto são Trabalhadores-Estudantes? \_\_\_\_\_

5.1.2 Dos restantes elementos que NÃO SE ENCONTRAM A ESTUDAR, diga:

5.1.2.1 Quantos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> estão desempregados | <input type="checkbox"/> são reformados    |
| <input type="checkbox"/> nunca trabalharam   | <input type="checkbox"/> são trabalhadores |
| <input type="checkbox"/> são domésticos      |  |

5.1.2.1.1 Dos que nunca trabalharam ou são trabalhadores, indique quantos têm idade inferior 16 anos \_\_\_\_\_

5.1.2.2 Qual o nível de escolaridade de cada elemento?

- Sem grau de instrução
- 1.º Ciclo do ensino básico (1.º - 4.º ano)
- 2.º Ciclo do ensino básico (5.º- 6.º ano)
- 3.º Ciclo do ensino básico (7.º- 9.º ano) Completo
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Curso Profissional
- Não sabe

5.1.2.2.1 Se respondeu SEM GRAU DE INSTRUÇÃO, indique se:

- Analfabeto
- Sabe ler e escrever

5.1.3 Se são Trabalhadores ou Trabalhadores-Estudantes, que tipo de vínculo possui?

- contrato a termo certo
- contrato a termo incerto
- liberal
- precário
- quadro/contrato de tempo indeterminado
- Não sabe



6. Dos elementos que exercem a sua actividade profissional fora do domicílio e/ou estudam, indique?

6.1 A que distancia se encontram (indicar a maior distância percorrida)?

- |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 1Km      | <input type="checkbox"/> 21 – 30 Km |
| <input type="checkbox"/> 1 - 5 Km   | <input type="checkbox"/> 31 – 40 Km |
| <input type="checkbox"/> 6 – 10 Km  | <input type="checkbox"/> 41 – 50 Km |
| <input type="checkbox"/> 11 – 20 Km | <input type="checkbox"/> > 50 Km    |

6.2 De que forma se deslocam?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> A pé                | <input type="checkbox"/> Eléctrico          |
| <input type="checkbox"/> Autocarro/Camioneta | <input type="checkbox"/> Metroplitano       |
| <input type="checkbox"/> Automóvel           | <input type="checkbox"/> Motas/motociclos   |
| <input type="checkbox"/> Bicicleta           | <input type="checkbox"/> Trotinete          |
| <input type="checkbox"/> Comboio             | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |

7. Qual a principal actividade com que cada elemento, com idade igual ou superior a 5 anos, se ocupa nos tempos livres?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Descansar              | <input type="checkbox"/> Ouvir música         |
| <input type="checkbox"/> Fazer exercício físico | <input type="checkbox"/> Ouvir Rádio          |
| <input type="checkbox"/> Ir ao cinema           | <input type="checkbox"/> Passear              |
| <input type="checkbox"/> Ir ao teatro           | <input type="checkbox"/> Praticar Desporto    |
| <input type="checkbox"/> Jogar no computador    | <input type="checkbox"/> Ver TV               |
| <input type="checkbox"/> Jogos                  | <input type="checkbox"/> Visitar museus       |
| <input type="checkbox"/> Navegar na Internet    | <input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ler                    |   |

8. Indique o local, cada elemento com idade igual ou superior a 5 anos, se reúne mais frequentemente com os amigos.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não se reúne       | <input type="checkbox"/> Escola               |
| <input type="checkbox"/> Bares/Discotecas   | <input type="checkbox"/> Igreja               |
| <input type="checkbox"/> Café               | <input type="checkbox"/> Jardim               |
| <input type="checkbox"/> Em casa            | <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Na casa dos amigos |   |



### Caracterização do estado de saúde da população

9. Todos os elementos do agregado familiar estão inscritos no Centro de Saúde de Odivelas (cartão de utente)?

- Sim (passe para a questão 9.2)  Não

9.1 Se respondeu **não**, está inscrito noutra Centro de Saúde?

- Sim  Não (passe para a questão 10)

9.1.1 Se sim, indique o número de elementos do agregado familiar e qual o Centro de Saúde. \_\_\_\_\_

9.2 Todos os elementos do agregado familiar têm médico de família atribuído?

- Sim  Não

9.2.1 Se respondeu **não**, diga qual o motivo. \_\_\_\_\_

10. Os elementos do agregado familiar fazem habitualmente vigilância de saúde?

- Sim  Não (passe para a questão 10.2)

10.1 Se respondeu **sim**, diga que tipo:

- Consultas/Análises de Rotina  
 Controlo da Tensão Arterial  
 Exames Rastreio (mamografia, densidade óssea, IMC, cancro do colo do útero, colón, próstata)  
 Planeamento familiar  
 Saúde Infantil  
 Saúde Materna  
 Vacinação  
 Vigilância dos níveis de glicémia  
 Vigilância Oral

10.1.1 Relativamente ao planeamento familiar, é utilizado algum método anticoncepcional?

- Sim  Não (passe para a questão 10.1.2)  
 Não aplicável



10.1.1.1 Se **sim**, indique quais:

- Pílula  DIU  
 Preservativo masculino  Anel vaginal  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_

10.1.2 As gravidezes ocorridas foram planeadas?

- Sim  Não

10.2 Se respondeu **não**, diga porquê? \_\_\_\_\_

11. Quais as doenças dos elementos do agregado familiar?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pat. auditiva           | <input type="checkbox"/> Pat. neurológica                  |
| <input type="checkbox"/> Pat. cardiovascular     | <input type="checkbox"/> Pat. oftalmológica                |
| <input type="checkbox"/> Pat. dermatológica      | <input type="checkbox"/> Pat. oncológica                   |
| <input type="checkbox"/> Pat. do tracto urinário | <input type="checkbox"/> Pat. osteo-articular e músculo-es |
| <input type="checkbox"/> Pat. endócrina          | léticas  |
| <input type="checkbox"/> Pat. gastroenterológica | <input type="checkbox"/> Pat. psiquiátrica                 |
| <input type="checkbox"/> Pat. ginecológica       | <input type="checkbox"/> Pat. renal                        |
| <input type="checkbox"/> Pat. hepática           | <input type="checkbox"/> Pat. respiratória                 |
| <input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____    |  |

12. Existe algum elemento do agregado que tenha doença transmissível?

- Sim  Não (passe para a questão 13)

12.1 Se **sim**, indique quais:

- Hepatite A  Hepatite C  VDRL (Sífilis)  
 Hepatite B  Tuberculose Pulmonar  VIH/Sida  
 Outras. Quais? \_\_\_\_\_

13. Em que ocasiões recorrem ao Centro de Saúde? (indicar a principal razão por elemento)

- Não recorrem  
 Consulta médica:  
 Doença  Vigilância/Rotina  
 Consulta de Enfermagem  
 Outros. Quais? \_\_\_\_\_



14. No caso de aparecer uma doença no agregado familiar, a quem recorrem mais frequentemente?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde                     | <input type="checkbox"/> INEM              |
| <input type="checkbox"/> Farmácia                            | <input type="checkbox"/> Médico particular |
| <input type="checkbox"/> Hospital                            | <input type="checkbox"/> Saúde 24          |
| <input type="checkbox"/> Serviço de Atendimento Complementar |  |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____                |  |

15. Os elementos do agregado costumam beber algum tipo de bebida alcoólica?

- Sim  Não (passe para a questão 16)

15.1 Consome:

- Esporadicamente  Frequentemente

15.2 Se respondeu **frequentemente**, indique a quantidade total por dia:

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> < 2 copos    | <input type="checkbox"/> 11 a 20 copos |
| <input type="checkbox"/> 3 a 5 copos  | <input type="checkbox"/> > 20 copos    |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 copos |  |

16. Dos elementos do agregado há algum fumador?

- Sim  Não (passe para a questão 17)

16.1 Se respondeu **sim**, indique a quantidade total de cigarros por dia.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <5 cigarros/dia      | <input type="checkbox"/> 41 a 60 cigarros/dia  |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 cigarros/dia  | <input type="checkbox"/> 61 a 80 cigarros/dia  |
| <input type="checkbox"/> 11 a 20 cigarros/dia | <input type="checkbox"/> 81 a 100 cigarros/dia |
| <input type="checkbox"/> 21 a 40 cigarros/dia | <input type="checkbox"/> >100 cigarros/dia     |

17. Algum elemento do agregado consome substâncias proibidas?

- Sim  
 Não (passe para a questão 18)  
 Não responde (passe para a questão 18)

17.1 Se algum elemento consome, qual a frequência?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Várias vezes ao dia | <input type="checkbox"/> Uma vez por mês |
| <input type="checkbox"/> Uma vez por dia     | <input type="checkbox"/> Raramente       |
| <input type="checkbox"/> Uma vez por semana  |  |



17.2 Que tipo de substância proibida costuma consumir com maior frequência?

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cocaína            | <input type="checkbox"/> Heroína |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy            | <input type="checkbox"/> LSD     |
| <input type="checkbox"/> Haxixe/Marijuana   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ |                                  |

### Caracterização das condições habitacionais

18. Qual o regime de ocupação da habitação?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alugada                    | <input type="checkbox"/> Própria (em aquisição) |
| <input type="checkbox"/> Cedida                     | <input type="checkbox"/> Própria (já paga)      |
| <input type="checkbox"/> Parte da habitação alugada | <input type="checkbox"/> Social                 |
| <input type="checkbox"/> Não sabe/Não informa       |   |

19. Quantas assoalhadas possui a habitação?

- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> T0          | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> T1          | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> T2          |                             |
| <input type="checkbox"/> Não informa |                             |

20. Qual a origem da água que consome em maior quantidade?

- Rede pública
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

21. A habitação possui:

- Aquecedores. Que tipo: \_\_\_\_\_
- Esquentador
- Fogão. Que tipo: \_\_\_\_\_
- Frigorífico
- Luz eléctrica
- Máquina de lavar roupa
- Telefone/Telemóvel
- Televisão
- Não responde



22. Possui animais?

Sim

Não (passe para a questão 23.)

22.1 Se respondeu **sim**, diga quantos e de que espécie:

Cão

Gato

Pássaro

Coelho

Hamster

Peixe

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

22.2 Faz vigilância veterinária?

Sim

Não faz totalmente

Não, porque não tem animais que necessitem de vigilância veterinária

22.2.1 Se respondeu **sim**, diga a quais faz vigilância veterinária:

Cão

Coelho

Gato

Outros. Quais? \_\_\_\_\_

### Expectativas

23. Se houver possibilidade, gostaria de receber algum tipo de informação?

Sim

Não (passe para a questão 24.)

23.1 Que tipo de informação gostaria de receber?

Alcoolismo

Alimentação Saudável

Apoio Psicológico

Apoio Social

Doenças Transmissíveis

Drogas

Meio ambiente

Métodos anticoncepcionais

Orientação Legal

Orientação profissional

Patologias

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007); Teresa Figueiredo (2009)

Página 10



24. Diga em poucas palavras, o que na sua opinião é viver com saúde?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Obrigado pela sua participação!**

ANEXO V  
GUIÃO DE APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO



UNIVERSIDADE  
**CATOLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**GUIÃO DO FORMULÁRIO**

Formulário de Diagnóstico de Situação da Comunidade

Do Bairro Vale do Forno

**ISABEL NUNES FONSECA**

Lisboa, Abril de 2010

---

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007), Teresa Figueiredo (2009)

Página 1

## GUIÃO DO FORMULÁRIO

Para uma uniformização na aplicação do formulário por qualquer elemento elaborou-se o presente guião.

### **Elegibilidade para responder**

O formulário só é aplicado ao cabeça de casal ou, na ausência deste, a indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, completados até à data de aplicação do formulário.

### **Pergunta 1** (1., 1.1. e 1.1.1.)

É utilizada para determinar um dos pontos dos critérios de elegibilidade (o agregado ter economia conjunta). Caso responda **Não** na pergunta 1.1.1. considera-se mais que um agregado na residência e realiza-se a aplicação de um formulário a cada agregado com economia conjunta.

Assim, considera-se **Agregado Familiar** os elementos residentes na mesma habitação e com economia conjunta.

Assinala-se a resposta do inquirido com uma cruz no respectivo quadrado.

### **Pergunta 2.**

É utilizada para identificar quantos elementos vivem na residência, independentemente se têm relação de parentesco.

### **Pergunta 2.1.**

É respondido, tendo como pessoa de referência o inquirido. Com o item **Não tem relação. Que tipo?** Pretende-se saber quantos elementos residem, sem manter nenhum grau de parentesco com o inquirido. Para assinalar as respostas do inquirido não se utilizam cruces. Indica-se o número de elementos referentes a cada item.

### **Pergunta 2.2.**

Irá identificar o número de menores que vivem na residência e as suas idades. São considerados menores, os elementos com idade inferior a 18 anos a completar em data

---

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007), Teresa Figueiredo (2009)

posterior à aplicação do formulário. Considera-se a idade dos elementos no dia em que foi aplicado o questionário. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 2.3.**

Irá identificar o número de menores do género feminino e o de menores do género masculino que vivem na residência. São considerados menores, os elementos com idade inferior a 18 anos a completar em data posterior à aplicação do formulário. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 2.4.**

Irá identificar o número de adultos que vivem na residência e as suas idades. São considerados adultos, os elementos com idade igual ou superior a 18 anos completados até à data de aplicação do formulário. Considera-se a idade dos elementos no dia em que foi aplicado o questionário. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 2.5.**

Irá identificar o número de adultos do género feminino e o de adultos do género masculino que vivem na residência. São considerados adultos, os elementos com idade igual ou superior a 18 anos completados até à data de aplicação do formulário. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 3.**

Identifica-se a nacionalidade e naturalidade dos residentes. Permite saber se são maioritariamente imigrantes e se existe muitos migrantes do país. No caso de dupla nacionalidade é considerada a nacionalidade diferente da portuguesa. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 3.1.**

Quantifica quantos imigrantes ilegais existem, distribuídos pelo género. Em cada item indica-se o número de elementos correspondentes.

---

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007), Teresa Figueiredo (2009)

**Pergunta 3.2.**

Permite identificar os imigrantes. Para efeitos de preenchimento, considera-se a naturalidade a cidade a que pertence o local onde nasceu. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 3.4.**

Indica-se, se for aplicável, a etnia. Indica-se para cada etnia diferente (se houver) o número de elementos correspondentes.

**Pergunta 4.**

Considera-se:

- *Ateu* – a pessoa que acredita que não existe o transcendente.
  - *Agnóstico* – a pessoa que acredita num ser superior/sobrenatural mas que não professa qualquer religião. Também pertence a este grupo, aqueles que não conseguem provar a existência ou não de entidade sobrenatural, logo não seguem igualmente qualquer religião.
- Para cada item regista-se o número de elementos correspondente.

**Pergunta 5.** (5.1, 5.1.1., 5.1.1.1., 5.1.1.1.1., 5.1.1.2., 5.1.1.2.1.)

Para este grupo de perguntas não se tem em conta as crianças com idade inferior a 5/6 anos e as que ainda não iniciaram o 1.º ciclo do ensino básico.

**Pergunta 5.1.**

Ir-á identificar quantos elementos se encontram a estudar. Para responder a esta pergunta também se incluem os trabalhadores estudantes. Considera-se para preenchimento o ano que se encontra a estudar. Para cada item identifica-se o número de elementos correspondentes.

**Pergunta 5.1.1.1.**

São considerados para esta pergunta, os elementos com idade superior a 5/6 anos e que não se encontram a estudar.

Considera-se:

- *nunca trabalharam* – os elementos que nunca possuíram uma actividade profissional.
- *são trabalhadores* – todos os elementos que desenvolvem presentemente uma actividade profissional, mesmo que esta não implique um contrato e que a desenvolva no domicílio.
- *são domésticos* – todos os elementos que desempenhem trabalho de casa e de apoio à família.
- *estão desempregados* – todos os elementos que já desenvolveram uma actividade profissional e que presentemente não possuem nenhuma.
- *são reformados* – todos os que estão na reforma, independentemente do motivo.

Para cada item indica-se o número de elementos correspondentes.

**Pergunta 5.1.1.1.1.**

São considerados, para esta questão, todos os trabalhadores. No caso de um elemento possuir mais que um vínculo, para efeitos de preenchimento, considera-se o vínculo que garante maior estabilidade. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 5.1.1.1.2.**

A resposta a esta pergunta permitirá perceber quantas pessoas com idade inferior a 16 anos e que não se encontram a estudar. Este dado é importante pois até esta idade todos se deveriam encontrar a estudar, pois só após esta idade é que, por lei, é permitido trabalhar.

**Pergunta 5.1.1.2.**

Permite identificar o nível médio de escolaridade da população. Para efeitos de preenchimento considera-se o ano completo que o indivíduo frequentou. Isto é, se por exemplo, um indivíduo frequentou o 2.º ano, preenche-se “1.º Ciclo do ensino básico”, apesar do ciclo não se encontrar completo. Prefere-se esta forma de preenchimento, pois

---

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007), Teresa Figueiredo (2009)

consideramos que haveria algumas diferenças na análise desta questão se ao invés de se preencher com o último ano que se frequentou, se considerasse as habilitações literárias. Consideramos ser exemplo disso, o caso de uma pessoa que frequentou, por exemplo, até ao 2.º ano de escolaridade. Nesse caso, a pessoa frequentou a escola e poderá saber ler e escrever. Este caso seria analisado de forma diferente se se considerasse as habilitações literárias, pois, para este exemplo, teríamos de considerar “sem grau de instrução”, o que significaria que não tinha frequentado a escola. Vemos assim, que é mais importante considerar o último ano escolar a ser frequentado pelo indivíduo. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 5.1.1.2.1.**

No preenchimento desta questão são tidos em conta apenas os elementos que responderam na questão anterior “Sem grau de instrução”, isto é, que não frequentaram a escola. Para efeitos de preenchimento considera-se “Analfabeto” todo o indivíduo que não frequentou a escola e nem sabe ler ou escrever. Considera-se “Sabe ler e escrever” todo o indivíduo que apesar de não ter frequentado a escola sabe ler e escrever. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 6.** (6.1., 6.2.)

Para o preenchimento deste conjunto de perguntas só se considera os elementos que exercem a sua actividade fora do domicílio e/ou que estudam.

**Pergunta 6.1.**

Para efeitos de preenchimento desta questão considera-se a maior distância percorrida. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 6.2.**

Para efeitos de preenchimento desta questão considera-se o meio de transporte que utiliza maioritariamente, logo percorre maior distância. Indica-se um meio de transporte por elemento e é indicado o número de elementos para cada item.

---

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007), Teresa Figueiredo (2009)

**Pergunta 7.**

Para o preenchimento desta questão considera-se a principal actividade de cada elemento, indicando apenas uma actividade por elemento. É indicado o número de elementos para cada item. Considera-se apenas os elementos com idade igual ou superior a 6 anos. Esclarecer que a questão refere-se à actividade efectuada e não aquela que gostaria de efectuar nos tempos livres.

**Pergunta 8.**

Para responder a esta questão considera-se apenas um local por elemento. Considera-se apenas os elementos com idade igual ou superior a 6 anos. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 9.**

Permite saber quantos elementos se encontram inscritos no Centro de Saúde.

**Pergunta 10.**

Na aplicação dos formulários poderá haver a necessidade de reformular esta questão. Por exemplo, poder-se-á questionar da seguinte forma: “Habitualmente recorre ao Centro de Saúde ou a outro profissional de saúde por rotina ou apenas quando se encontra doente?”. No entanto, mesmo que respondam que não fazem vigilância de saúde, questionar acerca de todos os itens da questão 10.1., pois a questão pode não ser bem compreendida, mesmo depois de reformulada. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 10.1.**

É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 10.1.1.**

Relativamente ao planeamento familiar permite perceber se é utilizado algum método anti-concepcional.

**Pergunta 10.1.1.1.**

Permite perceber qual o método anticoncepcional utilizado.

**Pergunta 10.1.2.**

Permite perceber se as gravidezes ocorridas no agregado familiar foram ou não planeadas.

**Pergunta 10.2.**

Permite perceber a razão porque os elementos não fazem vigilância de saúde.

**Pergunta 11.**

Na aplicação dos formulários reformula-se a questão, apesar de no formulário se encontrar terminologia técnica. Considera-se para o preenchimento as patologias actuais. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 12.**

Esta é uma pergunta introdutória. Para o preenchimento desta questão exclui-se as doenças contagiosas infantis e doenças virais sazonais como a gripe. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 12.1.**

É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 13.**

No item “Doença” considera-se os elementos que recorrem ao Centro de Saúde para controlo de doença, para obtenção de receitas e atestados. No item “Consultas de Enfermagem” considera-se os elementos que recorrem à Vacinação, à Saúde Infantil, à

---

Fonte: Ana Castro, Márcia Galieta e Vânia Lacroix (2007), Teresa Figueiredo (2009)

Saúde Materna e Planeamento Familiar, Consulta de Diabetes, Consulta de Hipertensão e aos Cuidados Continuados Integrados. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 14.**

Na resposta a esta questão considera-se o mais importante, a quem recorre mais frequentemente. Assim, para cada elemento considera-se apenas um item. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 15.**

Esta é uma pergunta introdutória. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 15.1.**

Apesar de um copo padrão ser diferente de bebida para bebida, na resposta a esta questão não se faz essa distinção. Considera-se a quantidade mais frequente. Para cada item indica-se o número de elementos correspondentes.

**Pergunta 16.**

Esta é uma pergunta introdutória. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 16.1.**

Considera-se a quantidade mais frequente. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 17.**

Esta é uma questão introdutória. É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 17.1.**

É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 17.2.**

É indicado o número de elementos para cada item.

**Pergunta 18.**

Assinala-se a resposta a esta questão por meio de uma cruz.

**Pergunta 19.**

Assinala-se a resposta a esta questão por meio de uma cruz. Para efeitos de preenchimento considera-se apenas o número de quartos, isto é, T1 corresponde a um quarto (um quarto e uma sala).

**Pergunta 20.**

Para efeitos de preenchimento questiona-se acerca da origem da água que consome, independentemente se tem água da rede pública. Assinala-se a origem da água que é consumida em maior quantidade e assinala-se a resposta a esta questão por meio de uma cruz.

**Pergunta 21.**

Permite perceber parte das condições habitacionais. Assinala-se a resposta por meio de uma cruz.

**Pergunta 22.** (22.1., 22.2., 22.2.1)

Este conjunto de questões permite perceber um pouco acerca das condições habitacionais e sanitárias, ao perceber quais os animais que habitam em conjunto com as pessoas e se fazem vigilância veterinária. Para assinalar a resposta à questão 22, utiliza-se uma cruz.

**Pergunta 22.1.**

Nesta questão assinala-se a espécie, indicando a quantidade em cada item.

**Pergunta 22.2. e 22.2.1**

Estas questões permitem saber se fazem vigilância veterinária aos animais domésticos. Porque podem não fazer vigilância veterinária a todos os animais que possui, para assinalar a resposta dada à questão, utiliza-se o número correspondente.

**Pergunta 23.** (23.1)

Este grupo de questões permite identificar algumas necessidades de informação da população. Nesta questão considera-se temas mais abrangentes para além da área da saúde. Para assinalar a resposta utiliza-se uma cruz.

**Pergunta 24.**

É uma pergunta aberta na qual queremos tentar entender o conceito de viver com saúde da população inquirida.

ANEXO VI  
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO



Autorecebo  
12-5-2010  
M<sup>ª</sup> Margarida da Vale  
Directora Executiva  
ACES - ODIVELAS

CENTRO DE SAÚDE  
DE ODIVELAS

Exma. Sr<sup>a</sup> Directora executiva do ACES de Odivelas  
Dr<sup>a</sup> Margarida do Vale

Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca, enfermeira da Equipa de Cuidados Continuados Integrados do ACES Odivelas, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária, vem por este meio informar que, na sequência da Unidade Curricular Estágio Módulo I, a realizar nesta instituição de saúde, irá dar início à investigação que pretende desenvolver no bairro Vale do Forno.

Este primeiro módulo de estágio tem como principal objectivo:

- Realizar o diagnóstico de situação de saúde da comunidade do bairro Vale do Forno

No segundo módulo de estágio pretende:

- Implementar um projecto de intervenção junto da comunidade do Bairro do Vale do Forno

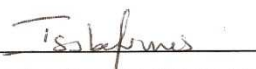
O processo de recolha de dados decorrerá durante os meses de Maio e Junho de 2010.

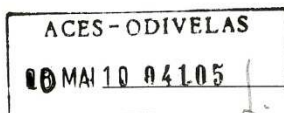
O presente trabalho e as suas conclusões irão porventura ser úteis no desenvolvimento de actividades dirigidas para esta comunidade no seio da futura UCC.

Sem outro assunto, agradece a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos

Odivelas, 10 de Maio de 2010

  
Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca



ANEXO VII  
DIVULGAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE À POPULAÇÃO



## INFORMAÇÃO

Informamos todos os residentes do **Bairro Vale do Forno** que, durante o mês de **Maio** e **Junho**, o **Centro de Saúde de Odivelas**, em colaboração com a Escola Superior Politécnica de Saúde de Lisboa da **Universidade Católica Portuguesa**, irá realizar um estudo destinado a compreender melhor as suas necessidades de saúde. Este estudo, realizado por uma enfermeira a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, irá ajudar a direccionar de forma mais eficiente os cuidados de saúde prestados pela equipa de Enfermagem.

O anonimato e a confidencialidade de todos os que participarem no estudo serão garantidos.

**Agradecemos a vossa colaboração!**

ANEXO VIII  
ANÁLISE DE CONTEUDO DA PERGUNTA ABERTA DO FORMULÁRIO

CATEGORIAS	Total de unidades de registo	Exemplo de uma Unidade de registo
Sensação de bem – estar a vários níveis	29	“Viver com saúde é estar bem em todos os aspectos” F 6
Ser feliz	10	“Viver com saúde é viver alegre, andarmos com um sorriso de orelha a orelha” F 25
Ter qualidade de vida	11	“Para mim, viver com saúde é ter uma boa qualidade de vida” F 3
Bem essencial	33	“É a coisa primordial, com saúde posso governar a minha vida e ajudar os outros; é a base para tudo.” F 17
Ter paz	6	“Ter saúde é ter paz de espírito” F 8
Manutenção de capacidades	16	“Viver com saúde, é poder andar, fazer as minhas coisinhas, não dar trabalho a ninguém, fazer o meu dia-à-dia. F 22
Hábitos de vida saudáveis	22	“ cuidados com a alimentação, não fumar, não beber álcool” F 56
Ausência de problemas	9	“É a gente não ter nenhum problema” F 33
Ausência de doença	21	“Viver com saúde é evitar as doenças” F 12
Ausência de dor	22	“Viver com saúde é estar sem dores” F 41
Estabilidade nas relações com a família e amigos	4	“Viver com saúde é ter harmonia familiar” F 62
Acesso aos recursos de saúde	2	“Ter acesso ao essencial de recursos, em caso de necessidade. É ter uma resposta mais rápida aos nossos problemas” F 61

ANEXO IX

PROJECTO DE INTERVENÇÃO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## Projecto de Intervenção



Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca

Odivelas  
Outubro 2010

## INDICE

	f.
0. <u>INTRODUÇÃO</u> .....	3
1. <u>IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES</u> .....	4
1.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....	4
2. <u>OBJECTIVOS</u> .....	5
2.1.OBJECTIVO GERAL.....	5
2.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS.....	5
3. <u>DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO</u> .....	5
4. <u>IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO</u> .....	6
4.1. ACTIVIDADES A DESENVOLVER.....	6
4.2. RECURSOS .....	7
5. <u>AVALIAÇÃO</u> .....	8
6. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	9
ANEXOS.....	10
ANEXO I – <u>Cronograma</u> .....	11

## 0. INTRODUÇÃO

Numa sociedade em que todos andam a contra relógio, sem tempo para parar e pensar no seu papel em cuidar da própria saúde, com estilos de vida longe de serem os ideais, as doenças cardiovasculares assumem particular relevância. O impacto destas doenças, em especial o Acidente Vascular Cerebral e a Doença Arterial Coronária, aos mais diversos níveis, começando pelo próprio indivíduo e sua família, ao contexto laboral, aos custos na saúde, eleva o debate não só pelos profissionais de saúde, mas por todos os sectores da sociedade.

A comunicação social tem desenvolvido um papel importante com a divulgação de campanhas nesta área, apelativas e com informação pertinente. Mas se pretendemos minorar este flagelo é imperativo envolver os profissionais de saúde, as autarquias, indivíduos e entidades com papel importante nas comunidades, em programas dirigidos às populações e nos quais, estas se sintam envolvidas. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 aponta orientações estratégicas e intervenções neste sentido, dando prioridade máxima à execução prática do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (PNPCDC) pretende, através de uma abordagem integrada, enfatizar quer a educação para a saúde como a educação terapêutica, enquanto processos que visam contribuir para que mulheres e homens sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma. (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE 2006, p.9)

O presente projecto insere-se nesta lógica de promoção /prevenção, tendo por base o diagnóstico de saúde efectuado no Bairro Vale do Forno onde as doenças cardiovasculares se destacaram com maior prevalência.

Tendo presentes as orientações da Carta de Ottawa, do conceito de cuidados de saúde primários e da Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século 21 e o PNPCDC, vou procurar construir o projecto de intervenção que designei “**O nosso Coração precisa de Atenção**”.

## 1. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

### 1.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Segundo a OMS, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, sendo que morrem mais pessoas por ano devido a doenças cardiovasculares do que por outra causa qualquer. Estima-se que em 2030, quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares, principalmente por doença cardíaca e acidente vascular cerebral, continuando assim a ser, a principal causa de morte. (OMS, 2009)

Na Europa as doenças cardiovasculares representam mais de 4,35 milhões de mortes a cada ano. Quase metade (49%) de todas as mortes é por doença cardiovascular (55% das mortes em mulheres e as mortes de 43% nos homens). As principais formas de doenças cardiovasculares são a doença arterial coronária e o acidente vascular cerebral. Pouco menos da metade de todas as mortes por DCV são devido a doença arterial coronária e quase um terço devem-se ao acidente vascular cerebral (ALLENDER [et al], 2008).

Em Portugal, país com um dos mais elevados consumos per capita de sal e de álcool do mundo e uma elevada taxa de excesso ponderal, cerca de 42% dos indivíduos têm Hipertensão Arterial, 29% Síndrome Metabólica e 30% são fumadores.

Ocorrem aproximadamente 12 000 Enfartes do Miocárdio por ano e a Insuficiência Cardíaca atinge 266 000 portugueses. É um dos países europeus com mais alta incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais e aquele em que estes têm maior mortalidade. As doenças cardiovasculares são a 1ª causa de internamentos hospitalares e de mortalidade em Portugal representando cerca de 30% dos 101 990 óbitos ocorridos em 2006. (CARDOSO, 2009,p.12)

O panorama encontrado no diagnóstico de saúde do bairro Vale do Forno, não foge ao descrito por Cardoso, sendo as DCV as prevalentes nos habitantes. Assim, tendo em conta os aspectos referidos associados aos resultados do estudo estabeleceu-se como prioritária a intervenção nas DCV.

As recomendações apresentadas pela Sociedade Europeia de Cardiologia, nomeadamente “A ocorrência da maioria das DCV relaciona-se muito com os estilos

*de vida e com factores fisiológicos e bioquímicos modificáveis” e ainda a comprovação de que “as alterações dos factores de risco permitem reduzir a mortalidade e morbilidade por DCV, especialmente em indivíduos de alto risco” (GRAHAM, 2007 p.S2), são motivadoras para o desenvolvimento deste projecto. Conhecer os indivíduos e em conjunto elaborar planos de alteração dos factores de risco é o desafio maior, tendo como premissa o enunciado na CARTA EUROPEIA PARA A SAÚDE DO CORAÇÃO “a OMS calcula que uma ligeira redução, em toda a população mundial, da pressão arterial, da obesidade, do colesterol e do consumo de tabaco, simultaneamente, iria fazer cair a incidência da doença cardiovascular em mais de metade” (2007, p.1).*

## 2. OBJECTIVOS

### 2.1.OBJECTIVO GERAL

- Promover a prevenção cardiovascular e encorajar cada habitante do bairro a ser responsável pela sua própria saúde.

### 2.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Envolver a comunidade do bairro do Vale do Forno no projecto
- Realizar rastreios para determinação do risco cardiovascular
- Realizar educação para a saúde sobre DCV, focando em especial os principais factores de risco;
- Providenciar encaminhamento dos indivíduos com factores de risco para o médico de família ou para o serviço de atendimento complementar.

## 3. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Para que este projecto se desenvolva é de extrema importância definir cuidadosamente as estratégias para levar a bom porto a sua consecução. Assim foram definidas as seguintes estratégias:

- Estabelecimento de parcerias com o CLDS-VS e entidades ligadas a esta problemática, nomeadamente a Fundação Portuguesa de Cardiologia, o Instituto Becel e autarquias, no sentido de promover a prevenção e o controlo das DCV;
- Determinação do risco de DCV através dos rastreios e assim identificarem os indivíduos que constituem os grupos prioritários;
- Promoção da saúde através de sessões de educação realizadas nesta fase inicial do projecto e posteriormente mantidas pela equipa da UCC responsável pelo Programa de Prevenção das Doenças Cardiovasculares;
- Potenciamento dos recursos dos elementos da equipa de saúde, nomeadamente o médico de família, a psicóloga e a nutricionista no grupo de indivíduos portadores de factores de risco e em situações referenciadas.

#### 4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

##### 4.1. ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Para a implementação do projecto “**O nosso Coração precisa de Atenção**” foram delineadas as seguintes actividades:

Fase inicial do projecto:

- Reunião com a equipa do CLDS para apresentação do projecto e solicitar a sua colaboração;
- Reunião com elemento da Fundação Portuguesa de Cardiologia para apresentação do projecto e solicitar colaboração no fornecimento de folhetos informativos sobre a temática das DCV;
- Realização de reunião com o representante do Instituto Becel para apresentação do projecto e requerido patrocínio para divulgação e mostra dos seus produtos ligados à prevenção das DCV. Também houve por parte da Becel uma excelente aceitação do projecto

Fase de desenvolvimento do projecto:

- Reuniões com equipa do CLDS para agendamento e organização dos rastreios, sessões de educação para a saúde e do pedipaper;
- Elaboração de folha de registo de risco cardiovascular;
- Realização de rastreios de risco cardiovascular;
- Encaminhamento dos indivíduos com risco cardiovascular para o médico de família ou para o serviço de atendimento complementar.
- Realização de visitas domiciliárias aos indivíduos identificados no rastreio com elevado risco cardiovascular;
- Realização de sessões de educação para a saúde relativas ao tema prevenção e controlo das doenças cardiovasculares;
- Aquisição dos materiais e alimentos para a elaboração do cabaz de alimentos saudáveis a sortear na sessão da educação para a saúde;
- Distribuição de folhetos informativos sobre DCV e os seus principais factores de risco, nos dias de rastreio e na sessão de educação para a saúde;
- Promover o auto-controlo do peso, da TA e da glicemia nas pessoas que possuem aparelho para a sua avaliação;
- Promover a prática regular de exercício físico divulgando a actividade promovida, de uma forma gratuita, pelo CLDS;
- Realização de perguntas sobre DCV para integrar nas actividades desenvolvidas no pedipaper.
- Participação activa no pedipaper.

#### 4.2. RECURSOS

Os recursos são indispensáveis para a implementação de um projecto. Assim no projecto “O nosso coração precisa de atenção” os recursos envolvidos são:

##### **Recursos humanos:**

- Equipa do CLDS
- Dois enfermeiros

- Futuramente, a equipa da UCC responsável por projecto na área das DCV

#### **Recursos físicos e materiais**

- Espaço físico cedido pelo CLDS para a realização dos rastreios e sessões de educação para a saúde
- Aparelho de avaliação de TA, glicémia
- Fita métrica para medição do perímetro abdominal e com possibilidade também de avaliar o IMC

#### **Recursos económicos**

- Verba atribuída pelo CLDS para os rastreios na área da saúde
- Patrocínio da Fundação Portuguesa de Cardiologia

### **5. AVALIAÇÃO**

A avaliação sendo a última etapa do projecto é muitas vezes o lançamento de novos desafios com a descoberta de outras necessidades.

Este projecto terá os seguintes indicadores de processo:

- Número de indivíduos envolvidos nos rastreios
- Número de participantes na sessão de formação
- Número de participantes no pedipaper

Como indicadores de resultados tendo por base os indicadores do PNPCDC (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares):

- Número de indivíduos com hipertensão que se encontram diagnosticados e controlados
- Número de indivíduos com dislipidémia que se encontram diagnosticados e controlados
- Número de indivíduos com diabetes que se encontram diagnosticados e controlados
- Número de indivíduos fumadores sob tratamento anti-tabágico
- Número de indivíduos obesos em programa de redução de peso
- Número de indivíduos com hábitos regulares de exercício físico

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLENDER [ET AL] - Mortality- European cardiovascular disease statistics 2008. Third edition, **European Heart Network**, London, February 2008. Available from: <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=7683> [Acedido a 16 de Outubro de 2010]

CARDOSO, José - A prevenção cardiovascular e o XXX Congresso Português de Cardiologia. **Revista Factores de Risco**. Publicação da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Nº 12, Ano 3, Janeiro/Março 2009, Publicação Trimestral, p10-13, ISSN 1646-4834

CARTA EUROPEIA PARA A SAÚDE DO CORAÇÃO. Bruxelas, 2007, 9p. [em linha] [www.acs.minsaude.pt/files/2007/.../cartaeuropeiapaasaudedocoracao\\_pt.pdf](http://www.acs.minsaude.pt/files/2007/.../cartaeuropeiapaasaudedocoracao_pt.pdf) acedido em 12/10/10

GRAHAM, Ian [et al]- European guidelines on cardiovascular disease prevention on clinic practice. **European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation**, 2007; 4, Supl. 2, S1-S113 [Acedido a 19 de Outubro de 2010] [www.escardio.org/guidelines.../esc-guidelines/](http://www.escardio.org/guidelines.../esc-guidelines/)

PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Circular Normativa n.º03/ DSPCS (06/02/06). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2006.

PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN Colecção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **Cardiovascular diseases (CVDs)**

Fact sheet N°317 Updated September 2009. [Acedido a 16 de Outubro de 2010]

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/print.html>

[www.acs.min-saude.pt/files/2007/.../cartauropeiaparaasaudedocoracao\\_pt.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/.../cartauropeiaparaasaudedocoracao_pt.pdf)

[www.escardio.org/](http://www.escardio.org/) sociedade europeia de cardiologia

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA O PROJECTO “O NOSSO  
CORACÃO PRECISA DE ATENÇÃO”**

<b>Actividades</b> <b>Mês</b>	Set.	Out.	Nov.
Reuniões com os diversos intervenientes no projecto			
Elaboração de folha de registo de risco cardiovascular			
Realização de rastreios de risco cardiovascular		12 e 26	9
Realização das sessões de educação para a saúde			12
Encaminhamento dos indivíduos com risco cardiovascular para o médico de família ou para o serviço de atendimento complementar			
Realização de visitas domiciliárias aos indivíduos identificados no rastreio com elevado risco cardiovascular			
Organização e participação no pedipaper			13

ANEXO X

PROJECTO DE INTERVENÇÃO “SAÚDE MAIS PRÓXIMA”



UNIVERSIDADE CATÓLICA  
PORTUGUESA INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

# **Projecto de Intervenção no Bairro Vale do Forno**

## **Unidade Móvel**



Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca

Odivelas

Novembro 2010

## INDICE

	f.
7. <u>INTRODUÇÃO</u> .....	3
8. <u>IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES</u> .....	4
8.1. <u>JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</u> .....	4
9. <u>OBJECTIVOS</u> .....	7
9.1. <u>OBJECTIVOS GERAIS</u> .....	7
9.2. <u>OBJECTIVOS ESPECÍFICOS</u> .....	7
9.3. <u>ÁREAS A DESENVOLVER</u> .....	7
10. <u>DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO</u> .....	7
11. <u>IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO</u> .....	8
11.1. ACTIVIDADES A DESENVOLVER .....	8
11.2. RECURSOS .....	9
11.3. HORÁRIO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO .....	10
12. <u>AVALIAÇÃO</u> .....	10
13. <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> .....	12

## 7. INTRODUÇÃO

Portugal é cada vez mais um país de diversidade cultural. A livre circulação de trabalhadores, a globalização, alargaram o seu carácter multicultural - número de línguas, religiões, etnias e culturas. Este fenómeno da imigração surge como motor de desenvolvimento do país de acolhimento, mas também de novas questões relacionadas com as necessidades das populações migrantes. São inúmeros os problemas psicossociais e de saúde colocados por uma parte da população, nomeadamente minorias étnicas e populações migrantes, grupos que vivem frequentemente em situação de exclusão, precariedade e grande vulnerabilidade (RAMOS, 2008).

“Por conotação a uma maior falta de recursos e condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com a saúde tendem a agravar situações socioeconómicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social” (DGS, 2004 p.43).

A atenção focada na saúde dos grupos mais vulneráveis assume particular relevância “pela equidade no acesso aos cuidados de saúde, pelo peso sobre os sistemas nacionais de saúde e pela emergência de epidemias anteriormente controladas e que constituem ameaças de saúde”. (MACHADO, 2009, p.5).

Esta realidade de diversidade cultural, problemas de exclusão social e pobreza foi encontrada no Bairro Vale do Forno, Conselho de Odivelas, aquando da elaboração do Diagnóstico de Saúde, em Maio de 2010.

Tendo em linha de conta todas estas premissas delinee o projecto “Saúde mais Próxima” que através do recurso a uma unidade móvel, pretende em primeira linha, prestar um serviço de proximidade à população, em especial aos grupos mais vulneráveis, procurando dar uma resposta mais adequada às suas necessidades reais.

## 8. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES

### 8.1. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural emanada em 2002 pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) no seu artigo 1 salienta que a diversidade cultural manifesta-se na originalidade e na pluralidade de identidades que caracterizam os grupos e as sociedades que compõem a humanidade. Fonte de intercâmbios, de inovação e de criatividade, a diversidade cultural é, para o género humano, tão necessária como a diversidade biológica para a natureza. Nesse sentido, constitui o património comum da humanidade e deve ser reconhecida e consolidada em benefício das gerações presentes e futuras.

Mais tarde em 2005, na Convenção da UNESCO sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais, no artigo 2º, no ponto I relativo ao princípio do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais é afirmado que, a diversidade cultural só pode ser protegida e promovida se estiverem assegurados os direitos humanos e as liberdades fundamentais, como a liberdade de expressão, de informação e de comunicação ou a possibilidade de os indivíduos escolherem as suas expressões culturais.

“Na actualidade, as questões da diversidade cultural, da mobilidade das populações e das relações interculturais, são da maior importância no contexto do mundo globalizado, estão no centro da preocupação da maioria dos Estados, vindo colocar enormes desafios à sociedade e às estratégias e políticas nos diferentes sectores.” (RAMOS 2007, p.223)

Entre os obstáculos identificados no processo de integração das comunidades migrantes, o acesso à saúde figura entre os mais relevantes (CARBALLO et al., 1997).

Esta problemática é o foco central da Declaração de Amesterdão MIGRANT-FRIENDLY HOSPITALS PROJECT onde é referenciado que “o estado de saúde dos migrantes e minorias étnicas é muitas vezes pior do que o da média da população. Estes grupos são mais vulneráveis, devido à condição socioeconómica mais precária, e por vezes, devido a experiências traumáticas resultantes da migração e à falta de apoio social adequado. Os grupos minoritários correm o risco de não receberem cuidados de saúde do mesmo nível que a média da população – em termos de diagnóstico, tratamento e serviços preventivos” (2004,p1).

Segundo o Relatório Anual do Observatório de Acesso à Saúde nos Imigrantes-2006, da Rede Internacional Médicos do Mundo “ os obstáculos mais frequentes ao acesso e à continuidade dos cuidados de saúde, expressos pelas próprias pessoas, dizem principalmente respeito ao desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados, ao custo dos tratamentos, às dificuldades administrativas, ao medo de uma denúncia,

à discriminação e às barreiras linguísticas e culturais” FERNANDES, PEREIRA E OLIVEIRA (2007, p.167)

No Programa de Trabalho para o ano de 2010 da Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia está patente esta preocupação, sendo definida como uma das áreas prioritárias de intervenção a imigração e a integração dos imigrantes, especificando nas suas actividades “identificar e analisar as práticas e as medidas relativas à disposições e ao acesso a cuidados de saúde (...)” EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHT (2009, p.8).

No âmbito nacional esta problemática é atentamente seguida pelos dirigentes políticos emanando directrizes nomeadamente no Anteprojecto do II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010 – 2013, mais especificamente na Medida 35, relativa à Promoção do Acesso dos Imigrantes ao Serviço Nacional de Saúde, onde se pode ler “ Implementar estratégias que promovam a redução de desigualdades em saúde, nomeadamente através da adequação de recursos e desenvolvimento de medidas que permitam ou contribuam para dar resposta às necessidades dos imigrantes, em consonância com as estratégias que serão fixadas no Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016” PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2010, p.17).

A nível regional e no que concerne ao Conselho de Odivelas foi apresentado no Plano de Desenvolvimento Social para o triénio 2008-2010 como um dos eixos prioritários, a imigração e a multiculturalidade, identificando especificamente como problema a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, definindo-o com prioridade I (CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS, 2008).

O Diagnóstico de Saúde efectuado no Bairro Vale do Forno, Freguesia de Odivelas vem corroborar com todos os aspectos enunciados.

É importante salientar que a população em estudo foi constituída pelos residentes no Bairro Vale do Forno. Através da observação da planta do Bairro Vale do Forno facultada pela Câmara Municipal de Odivelas, constatou-se que o bairro tem 436 fogos. Tendo em conta os recursos humanos e temporais disponíveis foi feita uma amostragem da população. A amostragem utilizada foi a probabilística e dentro desta a amostragem aleatória simples.

Assim, foram aplicados 130 formulários, a 130 agregados familiares, correspondendo a 30% dos fogos existentes no bairro e que representam uma amostra de 401 sujeitos.

Passo a salientar os dados extraídos do referido diagnóstico e que espelham esta problemática da diversidade cultural, as implicações no campo da saúde e que contribuem para a sustentação deste projecto.

- **36,66%** dos inquiridos pertencem a **outra nacionalidade** que não a portuguesa;
- Na amostra inquirida foram identificadas **12 nacionalidades diferentes**, excluindo a portuguesa; depois da nacionalidade portuguesa seguem-se os nacionais dos Países

Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) num total de 18,46%, sendo que a nacionalidade que se destaca é a nacionalidade Angolana com 5,99%, logo seguida por São Tomé com 5,74%. Os naturais dos países de leste e de acordo com os dados disponíveis parecem registar uma subida, com predominância dos habitantes oriundos da Ucrânia;

- As opções religiosas são também diversas, tendo sido identificadas **5 religiões diferentes**;
- Relativamente à atribuição de médico de família verificou-se que **36,80%** da amostra em estudo **não tem médico de família**;
- Verificou-se que os sujeitos que **não realizam vigilância de saúde** são predominantemente **os emigrantes**, com especial relevo para os cidadãos oriundos dos países de Leste e da Ásia;
- Em **situação de doença**, os sujeitos da amostra inquirida recorrem mais frequentemente ao **hospital** com uma percentagem de **30,9%**, segue-se o serviço de atendimento complementar com 28,39% e o centro de saúde com 26,63%. De realçar que **7,04%** dos sujeitos da amostra recorrem à **farmácia**, sendo os inquiridos quase exclusivamente emigrantes, destacando-se os emigrantes de leste, para os quais é mesmo a única entidade referida.

O projecto **Saúde mais Próxima** sedimentado nas preocupações a nível internacional, nacional, regional e fundamentado pelo diagnóstico de saúde realizado no Bairro vale do Forno, pretende com a sua presença junto à população:

- Contribuir para dar resposta a um dos objectivos propostos no Plano de actividades 2010 ARSLVT “desenvolver saberes e práticas em Saúde Pública em meio urbano, cuja meta é a criação de um programa regional de promoção de equidade e de integração para populações com menores rendimentos e imigrantes até final de 2011;
- Cumprir com uma das competências da futura UCC do ACES de Odivelas, à qual compete à luz do disposto no artigo 11º do DL 28/2008 a implementação de unidades móveis de intervenção;
- Contribuir para o desenvolvimento das Boas Práticas Clínicas e Comunitárias.

Considero a intervenção do enfermeiro e de outros elementos da equipa de saúde junto das comunidades culturalmente diversificadas imperativo pois “é crescente a evidência que demonstra que, os grupos culturais não dominantes continuam a experienciar resultados significativamente menos favoráveis do que os que pertencem a maiorias ou a grupos culturais dominantes, no que se refere ao cuidado de saúde de qualidade” ALBUQUERQUE (2009, p.145).

## 9. OBJECTIVOS

### 9.1. OBJECTIVOS GERAIS

- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde de grupos vulneráveis;
- Aumentar o nível de saúde nos diferentes ciclos de vida em grupos vulneráveis.

### 9.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Promover o empoderamento da população residente no Bairro vale do Forno;
- Identificar e intervir em situações de maior risco;
- Promover a utilização das áreas de saúde existentes no Centro de Saúde;
- Encaminhar os indivíduos em situações de maior risco e vulnerabilidade, para as entidades competentes;
- Diminuir os riscos para a saúde pública.

### 9.3. ÁREAS A DESENVOLVER

- Planeamento Familiar
- Saúde Materna
- Saúde Infantil
- Vacinação
- Saúde do Adulto

Transversal a todo o projecto surge a **promoção da saúde e prevenção da doença**, com áreas como o aconselhamento, a orientação e advocacia.

## 10. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Para que este projecto se desenvolva é de extrema importância definir cuidadosamente as estratégias para levar a bom porto a sua consecução. Assim foram definidas as seguintes estratégias:

- Divulgação do projecto no ACES de Odivelas;
- Envolvimento de todos os profissionais do Centro de Saúde de Odivelas no projecto;

- Estabelecimento de parcerias com instituições da comunidade, autarquias, entidades ligadas às problemáticas associadas aos grupos vulneráveis;
- Divulgação do projecto à comunidade através de posters e folhetos.

## II. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

### II.1. ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Para a implementação do projecto “**Saúde mais Próxima**” foram delineadas as seguintes actividades:

Fase inicial do projecto:

- Reunião com a Enfermeira Margarida Santos, Vogal do Conselho Clínico ACES de Odivelas e a Enfermeira Carla Janela, com funções de Chefia do Centro de Saúde de Odivelas para apresentação e discussão do projecto;
- Reunião com a Dr<sup>a</sup> Margarida do Vale, Directora Executiva do ACES de Odivelas para apresentação do projecto;
- Reunião com coordenadora da URAP;
- Submissão do projecto à ARS LVT.

Fase de desenvolvimento do projecto:

- Reuniões com a equipa da Unidade Móvel: elaboração de formas de registo/folhas de articulação com o ACES e instituições da comunidade; criação de manual de articulação; elaboração de protocolos de actuação, nomeadamente na HTA;
- Reunião com os profissionais do ACES e parceiros da comunidade para apresentação do projecto promovendo o trabalho em parceria e unindo esforços entre instituições;
- Reuniões com os diversos parceiros, de forma sistemática;
- Avaliação das situações de uma forma holística, tendo em linha de actuação, o individuo/família/comunidade;
- Encaminhamento dos indivíduos em situações de maior risco para as entidades competentes;
- Realização de visitas domiciliárias aos indivíduos em situação de maior risco;

- Realização de sessões de educação para a saúde de acordo com as necessidades detectadas;
- Distribuição de folhetos informativos de acordo com as necessidades identificadas;
- Actualização do Plano Nacional de Vacinação em situações identificadas.

## 11.2. RECURSOS

Os recursos são indispensáveis para a implementação de um projecto. Assim no projecto “Saúde mais Próxima” os recursos envolvidos são:

### **Recursos humanos:**

- Dois enfermeiros
- Um Motorista
- Uma Técnica Superior de Serviço Social

### **Recursos físicos e materiais**

- Unidade móvel
- Aparelho de avaliação de TA, glicemia, balança
- Fita métrica para medição do perímetro abdominal e com possibilidade também de avaliar o IMC
- Computador portátil
- Telefone/telemóvel
- Materiais diversos para as actividades de enfermagem relacionados com a vacinação

### **Recursos económicos**

- Verba disponibilizada pelo ACES para o projecto
- Verba disponibilizada pela CMO para o projecto

#### 4.3- HORÁRIO DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

Na fase inicial do projecto pretende-se realizar visitas quinzenais, à 3ª feira, das 10h às 17h, procurando com este horário abranger um maior número de indivíduos. Esta programação pode sofrer alterações de acordo com as necessidades identificadas no terreno e com factores organizacionais.

## 12. AVALIAÇÃO

A avaliação será efectuada de uma forma contínua ao longo do desenrolar do projecto. Este projecto terá os seguintes indicadores de avaliação, tendo por base os indicadores referidos pela ARS LVT no seu projecto de unidade móvel:

- Total de indivíduos abrangidos/sexo/Idade
- Total de indivíduos abrangidos/ situação de saúde
- Total de famílias acompanhadas
- N° de encaminhamentos
- N° de visitas domiciliárias/ âmbito de intervenção
- N° de inoculações de vacinas
- N° de crianças com PNV actualizado após intervenção
- N° de Sessões de Educação para a Saúde a grupos
- N° de reuniões com parceiros e interinstitucionais
- N° de Profissionais alvo de formação
- N° de utentes encaminhados

----- x 100

N° total de utentes atendidos na Unidade Móvel

- N° total de indivíduos que compareceu aos encaminhamentos

-----x100

N° total de indivíduos encaminhados

- N° de situações resolvidas  
----- x 100  
N° de situações encaminhadas
- N° de V.D. efectuadas em situações identificadas  
----- x 100  
N° total de situações de risco identificadas
- N° de famílias acompanhadas / ano  
----- x 100  
N° total de famílias identificadas

### 13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Ana – A perspectiva multicultural do cuidar em enfermagem. In LOPES, José Carlos [et al] – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência, 2009, p.131-146. ISBN 978-972-8930-45-5.

ARSLVT – **Plano de Actividades**. Lisboa, 2010, 96p. [em linha] acedido em 4/11/2010  
[www.arslvt.minsaude.pt/ARSLVT/.../ARSLVT%20Plano%20de%20Actividades%202010.pdf](http://www.arslvt.minsaude.pt/ARSLVT/.../ARSLVT%20Plano%20de%20Actividades%202010.pdf)

CÂMARA MUNICIPAL DE ODIVELAS – **Plano de desenvolvimento social do Conselho de Odivelas**. Odivelas, 2008, 43p. [em linha] acedido em 4/11/2010

[www.cm-odivelas.pt/.../AssuntosSociais/rede\\_social\\_redesocial.htm](http://www.cm-odivelas.pt/.../AssuntosSociais/rede_social_redesocial.htm), [Plano%20de%20Desenvolvimento%20Social.pdf](#)

CARBALLO, M. et al. (1997), Analytic Review of Migration and Health and as it Affects European Community Countires. Antuérpia: Centro Internacional das Migrações e Saúde.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHT (FRA)- Annual Work Programme, 2009. [em linha]

[fra.europa.eu/...networks/fundamental\\_rights.../frp\\_meetings\\_en.htm](http://fra.europa.eu/...networks/fundamental_rights.../frp_meetings_en.htm) acedido em 14/10/10

FERNANDES, Paula; PEREIRA, Ricardo; OLIVEIRA, João Blasques de - “ A imigração e o acesso à saúde. Boas práticas identificadas em dois projectos de intervenção na área da saúde”, in DIAS, Sónia (org.) **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 161-170

MACHADO, Fernando Luís (2007), “ Migrações, saúde e doença – que investigação em Portugal”, in DIAS, Sónia (org.), **Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde**, Setembro 2007, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 201-203

MACHADO, Maria do Céu – Globalização, multiculturalidade e saúde. In LOPES, José Carlos [et al] – **Multiculturalidade – Perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência, 2009, p.131-146. ISBN 978-972-8930-45-5.

PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN Colecção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P. Anteprojecto- **II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010 – 2013**. Lisboa, 2010, p.70.

[www.portugal.gov.pt/.../20100713\\_Plano\\_Integracao\\_Imigrantes.aspx](http://www.portugal.gov.pt/.../20100713_Plano_Integracao_Imigrantes.aspx) acedido em 20/10/10

RAMOS, Natália - Migração, Aculturação e Saúde. In: **Saúde, migração e interculturalidade** - perspectivas teóricas e práticas. João Pessoa: editora Universitária/UFPB, 2008, 348p.

RAMOS, Natália - Sociedades multiculturais, interculturalidade e educação. Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Coimbra, editora: gráfica de Coimbra, Ano 41-3, p. 223-244. 2007

THE MIGRANT FRIENDLY HOSPITALS PROJECT - The Amsterdam Declaration Towards migrant-friendly hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. 2004

[http://www.mfheu.net/public/files/european\\_recommendations/mfh\\_amsterdam\\_declaration\\_english.pdf](http://www.mfheu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_english.pdf), acedido em 4 de Novembro 2010

UNESCO - **Convenção sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais**. 2005. [em linha] [www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/.../cul\\_doc.php](http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/.../cul_doc.php), acedido em 20 de Abril 2010.

UNESCO - **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural**. 2002

<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf> acedido em 20 de Abril de 2010

UNIÃO EUROPEIA- “Ano Europeu do Diálogo Intercultural”, 2008.[em linha]

[www.aedi2008.pt](http://www.aedi2008.pt) acedido em 22 de Abril 2010

ANEXO XI

FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO GLOBAL DO RISCO CARDIOVASCULAR



### AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

GÉNERO: M  F

Nº de Utente: \_\_\_\_\_

Unidade Funcional: \_\_\_\_\_

#### FACTORES DE RISCO:

HIPERTENSÃO ARTERIAL

TABAGISMO

OBESIDADE

SEDENTARISMO

STRESS

DISLIPIDÉMIA

DIABETES

OUTROS

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

#### PARÂMETROS VITAIS:

TA: \_\_\_\_\_ (mmHg)

FC: \_\_\_\_\_ (Bat/min)

GLICÉMIA CAPILAR: \_\_\_\_\_ (mg/dl)

#### DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

PESO: \_\_\_\_\_ (Kg)

ALTURA: \_\_\_\_\_ (cm)

IMC: \_\_\_\_\_ (Kg/m<sup>2</sup>)

PERÍMETRO ABDOMINAL: \_\_\_\_\_ (cm)

ANEXO XII

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA A POPULAÇÃO DO BAIRRO VALE  
DO FORNO




## PALESTRA SOBRE DOENÇAS DO CORAÇÃO

### APRENDER A LIDAR COM O CORAÇÃO

A DIFERENÇA ENTRE O SEU **BEM-ESTAR** E A SUA **DOENÇA**



**LOCAL** - CLDS-VS no Bairro Vale do Forno  
**DATA** - 12 de Novembro. **HORA** - 15H00  
**FORMADORA** - Enfermeira Isabel Nunes

**PARTICIPE, não deixe o seu**  **em Casa**

**NO FINAL DA SESSÃO HAVERÁ O SORTEIO DE  
UM CABAZ DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS.**

**APOIOS:**



ANEXO XIII

SESSÃO DE FORMAÇÃO “O NOSSO CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO” PARA A POPULAÇÃO  
DO BAIRRO VALE DO FORNO



**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**DEFINIÇÃO**

- Doenças cardiovasculares – são o conjunto de doenças que afectam o aparelho cardiovascular designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**Aterosclerose**

Desenvolvimento da placa de aterosclerose

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**ISQUEMIA**

- A placa dificulta a passagem de sangue dentro da artéria, levando a deficiente irrigação de órgãos que ficam carentes em nutrientes e oxigénio (exemplo: Angina de Peito).

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**ENFARTE OU NECROSE**

A partir de dado momento pode surgir obstrução total à passagem de sangue na artéria afectada, geralmente pela formação de um coágulo de sangue em cima da placa de aterosclerose. Os órgãos ou tecidos que deixam de receber sangue, morrem (exemplo: Enfarte Cerebral, Enfarte de Miocárdio).

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

coágulo numa artéria obstruída por uma acumulação de gordura (ateroma)

coágulo que obstrui uma artéria saudável

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

#### EMBOLIA

Fragmentação da placa com libertação de pequenos pedaços que podem viajar através da corrente sanguínea e entupir outras artérias (exemplo: Embolia Cerebral).

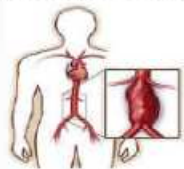


Fluxo sanguíneo  
Valvula  
Cápsula sanguínea

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

#### ANEURISMA

A placa fragiliza a parede das artérias que se tornam distendidas e sujeitas a ruptura (exemplo: Aneurisma da aorta).



### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO


#### As consequências mais importantes das doenças cardiovasculares:

- o enfarte do miocárdio,
- o acidente vascular cerebral




Doença isquêmica do coração  
Doença isquêmica do cérebro  
Hipertensão arterial  
Insuficiência cardíaca  
Insuficiência renal  
Doença vascular periférica

### Progressão e Repercussões da Doença Cardiovascular



Consequências Clínicas:



Angina  
Infarto do Miocárdio  
Hipertrofia Ventricular Esquerda  
Insuficiência Cardíaca  
AVC  
Insuficiência Renal  
Doença Vascular Periférica

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

#### CAUSAS DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

- Tensão arterial elevada;
- Níveis elevados de lipídios (gordura) no sangue;
- Diabetes;
- Doenças do músculo cardíaco;
- Predisposição genética;
- Tabagismo;
- Falta de exercício físico;
- Situações prolongadas de stress.

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

#### FACTORES DE RISCO INDIVIDUAIS

- Tensão arterial elevada;
- Níveis elevados de colesterol no sangue;
- Tabagismo;
- Diabetes;
- Excesso de peso;
- Ingestão excessiva de sal;
- Pouco exercício físico – vida sedentária;
- Stress.

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

**FACTORES DE RISCO NÃO DEPENDENTES DA PESSOA**

- A idade avançada
- O género masculino
- A história familiar

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

**COMO SABER QUE TENHO UMA DOENÇA CARDIOVASCULAR**

- História e queixas da pessoa
- Factores de risco que a pessoa tem
- Medição da tensão arterial
- Análises sanguíneas e exames específicos

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

**COMO PREVENIR AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

- Diminuindo a ingestão de gorduras (colesterol);
- Diminuindo a ingestão de sal
- Emagrecendo;
- Fazendo mais exercício
- Deixando de fumar;
- Controlando a sua tensão arterial.

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

**NOVA PIRÂMIDE ALIMENTAR**  
o novo conceito de alimentação saudável (INIA/ICP/INIA)

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

**EXERCÍCIO FÍSICO**

### O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**MANTER PESO ADEQUADO**



CálculoIMC

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**ABSTINÊNCIA TABÁGICA TOTAL (NÃO FUMAR)**



CHEGA DE CIGARRO!

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**EVITAR E TRATAR OUTROS FACTORES DE RISCO CARDIOVASCULAR**



Controle do Colesterol

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**

**MEDICAÇÃO ADEQUADA**



MEDICAMENTOS

**O SEU CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO**



**OBRIGADA!!  
DE TODO  
CORACÃO**

ANEXO XIV

PERGUNTAS SOBRE AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES PARA O PEDIPAPER



## **TENSÃO ARTERIAL**

A tensão arterial é a pressão com que o sangue percorre as artérias mais importantes do nosso corpo.

A Hipertensão Arterial – HTA (tensão alta) é uma doença crónica que tem tratamento, mas não tem cura.

Para tratar a HTA devemos:

Comer essencialmente gorduras, não praticar exercício físico e se a tensão estiver controlada parar a medicação

Ter cuidados com a alimentação, fazer exercício físico, tomar regularmente os medicamentos.

Reduzir o stress e continuar a fumar.

**Assinala a (s) afirmações correctas.**



## **STRESS**

**O stress estimula e motiva as pessoas, mas se for em excesso pode prejudicar a saúde.**

**Para controlar os níveis de stress devemos:**

Beber bebidas excitantes como o café e o álcool, dormir pouco e não conviver com outras pessoas.

Andar sempre a correr de um lado para o outro e fazer muitas coisas ao mesmo tempo.

Ter horários regulares de sono, ter uma alimentação saudável fazer exercício físico e ter bom relacionamento com os outros.

**Assinala a (s) afirmações correctas.**



## **ALIMENTAÇÃO SAUDAVEL**

Uma alimentação equilibrada, variada e de boa qualidade deve ser constituída por cereais, legumes, frutas, leite e derivados, carne, peixe e ovos.

Nos cozinhados devemos preferir:

Os guisados e assados bem condimentados.

Os cozidos, estufados e grelhados.

Os cozinhados com muito sal e carnes vermelhas.

**Assinala a (s) afirmações correctas.**



## **EXCESSO DE PESO - OBESIDADE**

Ter peso a mais significa que existe um desequilíbrio entre o que se come e a energia que se gasta.

Quando se come em excesso:

Os alimentos transformam-se em líquido e são eliminados, não causando malefícios.

Ficamos mal dispostos e sem energia para fazermos as actividades que gostaríamos.

Os alimentos transformam-se em gordura, que é armazenada em várias partes do corpo e pode ser causa de várias doenças.

**Assinala a (s) afirmações correctas.**



## EXERCICIO FISICO

O exercício físico tem muitos benefícios reduzindo o risco de doenças cardiovasculares.

Andar a pé, correr, nadar, andar de bicicleta, dançar, são boas opções. O exercício físico deve ser feito:

Logo após as grandes refeições (almoço ou jantar).

Várias vezes por semana e após uma refeição ligeira.

Por qualquer pessoa, sem ser necessário conselho do seu médico ou enfermeiro.

**Assinala a (s) afirmações correctas.**

ANEXO XV  
FOTOGRAFIAS ALUSIVAS ÀS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJECTO “O NOSSO  
CORAÇÃO PRECISA DE ATENÇÃO”

## Rastreio



## Sessão de Formação



## Peddi-paper



## Peddi-paper



## Peddi-paper



ANEXO XVI

APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO NOS MÓDULOS I E II

  
CURSO MESTRADO DE ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**1**

**Estágio Módulo I**

**19 de Abril a 19 de Junho**

Isabel Nunes Fonseca


  
CURSO MESTRADO DE ENFERMAGEM  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**2**

**Diagnóstico de Situação da Comunidade**

**Do Bairro Vale do Forno**


Isabel Nunes Fonseca

  
**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**3**

**JUSTIFICAÇÃO DO TEMA**

- ✓ **CONHECIMENTO** empírico proveniente da experiência na ECCL.
- ✓ **NECESSIDADE** identificada pela própria instituição.

  
**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**4**

**ESTRATÉGIAS PARA INICIAR A INTERVENÇÃO**

- ✓ Reuniões com o CLDS
- ✓ Reunião com o Presidente da AUGI
- ✓ Informação à População

  
**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**5**

- Pergunta de investigação.
  - Qual o diagnóstico de situação de saúde da comunidade do Vale do Forno?



  
**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**6**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

- ✓ Saúde
- ✓ Promoção de Saúde
- ✓ Comunidade – agregado familiar e família
- ✓ Empoderamento e Intervenção Comunitária
- ✓ Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade

□ Teórica de referência **Madeleine Leininger**

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

□ Desenho de investigação.

**TIPO DE ESTUDO**

- ✓ Abordagem quantitativa
- ✓ Estudo não experimental
- ✓ Descritivo simples
- ✓ Transversal

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**POPULAÇÃO**

- ✓ Residentes no bairro Vale do Forno (436 fogos)

**AMOSTRA**

- ✓ Probabilística- amostragem aleatória simples (30% da totalidade dos fogos)

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

- ✓ Formulário (130 formulários, 130 agregados, 401 sujeitos)

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**DIMENSÕES ANALISADAS NO FORMULÁRIO**

- Dimensão sócio-demográfica
- Dimensão relativa ao estado de saúde
- Dimensão habitacional
- Dimensão relativa às expectativas da população

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Gráfico nº 1 – Existência de mais do que um agregado familiar por habitação

85,4%  
14,6%

■ Sim ■ Não

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Gráfico nº 2 - Distribuição do nº de pessoas por agregado familiar

Tipo de Pessoas	Porcentagem
Um Pessoa	10,8%
Dois Pessoas	31,2%
Três Pessoas	24,6%
Quatro Pessoas	17,2%
Cinco Pessoas	6,9%
Seis Pessoas	2,3%
Sete Pessoas	0,1%
Oito Pessoas	2,30%

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Tipo de Famílias	Porcentagem
Famílias Unipessoais	10,80%
Famílias Conjugal Nucleares com Filhos	31,10%
Famílias Conjugal Nucleares sem Filhos	23,30%
Famílias Monoparentais	1,40%
Famílias Estensas	12,30%
Famílias Unipessoais mais pessoas aparentadas	5,40%
Famílias Monoparentais estensas	9,20%

Tabela nº 1 – Distribuição dos sujeitos segundo as estruturas familiares



**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

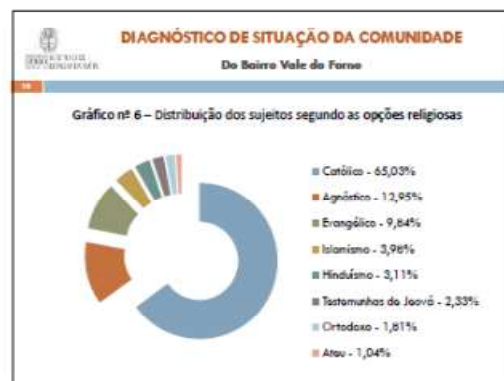
Nacionalidade	Porcentagem
Nacionalidade Portuguesa	63,34%
Nacionalidade Brasileira	9,96%
Nacionalidade Angolana	5,98%
Nacionalidade Guineense	2,49%
Nacionalidade Ucraniana	2,24%
Nacionalidade Russa	0,52%
Nacionalidade Romana	0,52%
Nacionalidade Indiana	2,74%
Nacionalidade São Tomense	5,74%
Nacionalidade Guine - Conakry	1,07%
Nacionalidade Paquistanesa	2,24%
Nacionalidade Moçambicana	0,25%
Nacionalidade Cabo Verde	2,99%

**Tabela nº 2- Distribuição dos sujeitos quanto todas as nacionalidades**

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Naturalidade	Porcentagem
Região Norte	12,55%
Região Centro	23,52%
<b>Distrito e Vale do Tejo</b>	<b>47,00%</b>
Alentejo	4,71%
Algarve	1,18%
Paquistão	0,50%
Uzbeque - Bixatu	2,20%
Angola	1,01%
São Tomé	0,70%
Uzbeque	0,70%
Polónia	0,50%
Cabo Verde	1,57%
Cabo Verde	0,50%

**Tabela nº 2- Distribuição dos sujeitos quanto à naturalidade**





**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Grau de Instrução	Percentagem
(Sem Grau de Instrução - Analfabeto)	3,19%
(Sem Grau de Instrução - Sabe Ler e Escrever)	1,59%
1.º Ciclo do ensino básico (1,7 - 4,7 anos)	20,04%
2.º Ciclo do ensino básico (5,7 - 6,7 anos)	9,56%
3.º Ciclo do ensino básico (7,7 - 9,7 anos)	18,92%
(Ensino Secundário)	19,52%
(Ensino Superior)	5,98%
(Curso Profissional)	1,20%

Tabela nº 3 – Distribuição dos sujeitos segundo o grau de escolaridade

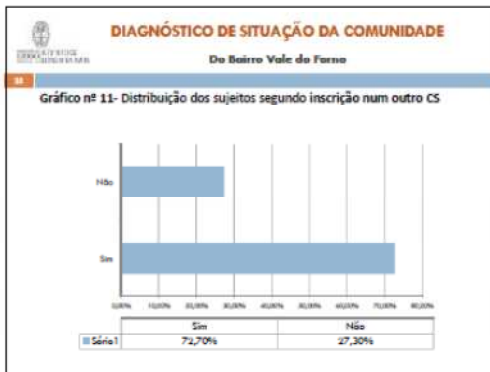


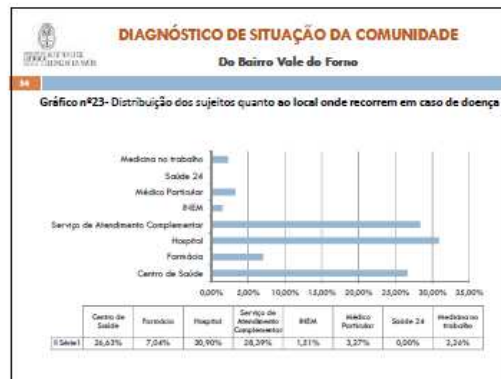
**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Actividades de Lazer	Percentagem
Descansar	18,96%
Fazer Exercício	3,16%
Ir ao Cinema	0,68%
Jogar no Computador	10,84%
Navegar na Internet	4,97%
Ler	5,42%
Divulgar Música	10,16%
Passear	14,45%
Ver Televisão	30,70%
Outros	0,68%

Tabela nº 4 - Distribuição dos sujeitos segundo as actividades de lazer









**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Condições Habitacionais	Porcentagem
Aquecedores; Esquentador; Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	20,00%
Esquentador; Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	70,80%
Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica; Máquina de lavar roupa; Telefone/Telemóvel, Televisão	6,20%
Fogão; Frigorífico; Luz eléctrica	2,30%
Fogão; Luz eléctrica; Máquina de Lavar Roupa; Telemóvel	0,80%

Tabla nº 6- Distribuição dos agregados segundo as condições habitacionais

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Temas de Informação	Porcentagem
Alimentação saudável	1,83%
Atividade física	31,86%
Doenças Transmissíveis	4,23%
Apoio Social	1,53%
Apoio Psicológico	11,77%
Métodos anticoncecionais	1,82%
Orientação legal	1,82%
Órgãos	1,86%
Muito ambiente	3,82%
Atendimento	4,23%
Gestões	4,23%
Infertilidade	1,41%
Orientação profissional	24,10%
Vacinação	1,42%

Tabela nº 8- Distribuição das inquiridas segundo o tipo de informação que gostariam de receber

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

Categorias	Unidades de Registo	Porcentagem
Sensação de bem-estar	29	15,68%
Ser feliz	10	5,41%
Ter qualidade de vida	11	5,95%
Boa aparência	33	17,86%
Ter paz	6	3,24%
Manutenção de capacidades	16	8,65%
Hábitos de vida saudáveis	22	11,89%
Ausência de problemas	9	4,86%
Ausência de doença	21	11,35%
Ausência de dor	22	11,89%
Estabilidade nas relações com a família e amigos	4	2,16%
Acesso aos recursos de saúde	2	1,08%

Tabela nº 9- Distribuição dos sujeitos segundo as categorias encontradas

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES**

Elementos a ter em consideração:

- ✓ **Horizonte do projecto** - tempo de intervenção
- ✓ **Área de programação** - prioridades internacionais, nacionais, concelhias

"O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 dá prioridade máxima à execução prática do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares".

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES**

Crítérios de selecção:

- ✓ **Magnitude** - caracterizar o problema pela sua dimensão  
"Segundo a OMS, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo, sendo que morrem mais pessoas por ano devido a doenças cardiovasculares do que por outra causa qualquer. (OMS, 2009)
- ✓ **Vulnerabilidade** - possibilidade de prevenção  
"A OMS calcula que uma ligeira redução, em toda a população mundial, da pressão arterial, da obesidade, do tabaco e do consumo de tabaco, simultaneamente, iria fazer cair a incidência da doença cardiovascular em mais de metade" (Carta Europeia para a Saúde do Coração, 2007)

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES**

Crítérios de selecção:

- ✓ **Evolução** - possibilidade de um problema se agravar  
"Estima-se que em 2030, quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares, principalmente por doença cardíaca e acidente vascular cerebral, constituindo assim o ser, o principal cause de morte". (OMS, 2009)
- ✓ **Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências** - dar maior prioridade às doenças que provocam estas situações  
"A doença cardiovascular é uma das principais causas de incapacidade e pior qualidade de vida" (Carta Europeia para a Saúde do Coração, 2007).

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

48

MÓDULO DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA  
SPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**Estágio Módulo II**

**27 de Setembro a 19 de Novembro**

Isabel Nunes Fonseca

49 INSTITUTO DE NATUREZA PROFSSIONAL DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA ESPECIALIZAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**Projecto (s) de Intervenção da Comunidade**


**Do Bairro Vale do Forno**

Isabel Nunes Fonseca


DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE  
Do Bairro Vale do Forno

**PROJECTO(S) DE INTERVENÇÃO**

- ✓ **Natureza do problema: saúde das populações**


“O nosso  precisa de Atenção”

- ✓ **Natureza do problema: acessibilidade aos cuidados de saúde**



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE  
Do Bairro Vale do Forno


**ESTRATÉGIAS PARA INICIAR O PROJECTO**

“O nosso  precisa de Atenção”

- ✓ Reuniões com o CLDS
- ✓ Reuniões com Fundação Portuguesa de Cardiologia e responsável do Instituto BeceI
- ✓ Informação à População

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE  
Do Bairro Vale do Forno

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

“O nosso  precisa de Atenção”


- ✓ Rastreo do risco cardiovascular
- ✓ Visitas domiciliárias – situações de elevado risco
- ✓ Sessão de educação para a saúde sobre prevenção de doenças cardiovasculares
- ✓ Participação na aula de Tai Chi
- ✓ Colaboração na organização e participação no pedipaper

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE  
Do Bairro Vale do Forno



DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE  
Do Bairro Vale do Forno

**ESTRATÉGIAS PARA CONTINUIDADE DO PROJECTO**


“O nosso  precisa de Atenção”

- ✓ Convidar os Enfermeiros envolvidos nesta área na candidatura da UCC, à participação no pedipaper
- ✓ Manter os rastreios do risco cardiovascular em colaboração com o CLDS
- ✓ Investir na promoção da saúde

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**58**

**ESTRATÉGIAS PARA O PROJECTO**



- ✓ Reunião com Enf<sup>a</sup> Carla Janela para discussão do projecto
- ✓ Apresentação do projecto à Directora Executiva e Vogal de Enfermagem do C.Clinico, do ACES Odivelas
- ✓ Estabelecimento de possíveis parcerias
- ✓ Envio para apreciação à ARS LVT

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**58**

**BIBLIOGRAFIA**

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 1ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2010. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 2ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2015. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 3ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2018. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 4ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2021. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 5ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2024. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 6ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2027. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 7ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2030. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 8ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2033. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 9ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2036. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 10ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2039. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 11ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2042. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 12ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2045. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 13ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2048. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 14ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2051. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 15ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2054. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 16ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2057. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 17ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2060. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 18ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2063. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 19ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2066. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 20ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2069. 140 p.

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**59**

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 1ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2010. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 2ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2015. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 3ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2018. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 4ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2021. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 5ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2024. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 6ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2027. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 7ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2030. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 8ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2033. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 9ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2036. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 10ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2039. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 11ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2042. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 12ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2045. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 13ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2048. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 14ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2051. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 15ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2054. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 16ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2057. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 17ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2060. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 18ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2063. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 19ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2066. 140 p.

ABRIGADO, J. M. - *Intervenção comunitária de saúde em enfermagem*. 20ª Edição. São Carlos (SP): Ed. Alameda, 2069. 140 p.

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA COMUNIDADE**  
Do Bairro Vale do Forno

**58**

**CURSO MESTRADO DE ENFERMAGEM**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**OBRIGADO!!!**

Isabel Nunes Fonseca

ANEXO XVII

ACTA DA REUNIÃO COM A EQUIPA DO PROJECTO “ENCONTARTE”

*Acta da reunião*

*Nº5*

*Encontrarte*

*02/12/2011*

**Objectivos:**

- Conhecer a dinâmica do Projecto Encontrarte
- Identificar as necessidades sentidas passíveis de intervenção pela equipa da UCC Nostra Pontinha

**Intervenientes:**

- Dois elementos da equipa que desenvolve o Projecto Encontrarte
- Enfermeira Teresa Figueiredo - UCC Nostra Pontinha
- Enfermeira Isabel Nunes - CSO

**Resultados da reunião:**

Para além da apresentação do projecto, foram facultadas informações importantes, nomeadamente:

- População alvo crianças dos 7 aos 16 anos
- Total de utentes inscritos - 70
- Actividades desenvolvidas: atelier de música e pinturas, treino de competências, apoio no estudo e informática.

Referiram como prioridade da nossa intervenção a formação na área da alimentação saudável.

**Competências desenvolvidas:**

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada;
- Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na minha área de especialização;
- Tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização.

ANEXO XVIII

SESSÃO DE FORMAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”  
DIRIGIDA ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES



**Alimentação Saudável**

**O que é uma alimentação saudável?**

É uma alimentação completa, equilibrada e variada.

- **Completa** – Ingerir alimentos dos diferentes grupo e beber água diariamente;
- **Equilibrada** – Ingerir alimentos de cada grupo de acordo com as proporções recomendadas;
- **Variada** – Ingerir alimentos diferentes dentro de cada grupo, privilegiando alimentos frescos e da época.

**Alimentação Saudável**

**O que posso encontrar nos alimentos?**

- Hidratos de carbono - energia
- Proteínas - construção
- Gorduras - proteção
- Vitaminas - regulação
- Fibras - estimulação
- Minerais - defesa
- Água - vitalidade

**Alimentação Saudável**

**Porque é que o pequeno almoço é tão importante?**

- Dá-nos a energia necessária para uma manhã de actividade
- Ajuda-nos a recuperar do período nocturno de jejum prolongado

**Alimentação Saudável**

**O que pode acontecer se eu não tomar o pequeno-almoço?**

- Ficar desatento, agitado, ou por outro lado sonolento e fraco;
- Ter dificuldades em pensar, compreender, aprender e relacionar-me com os outros.

### Alimentação Saudável

**Quantas vezes devo comer por dia?**

- No mínimo 4 refeições;
- O ideal é fazer 6 refeições ao longo do dia.

### Alimentação Saudável

**O que devo fazer para ter uma alimentação saudável?**

- Aumentar o consumo de produtos hortícolas, cereais, leguminosas e fruta;
- Reduzir o consumo de gorduras, utilizar preferencialmente azeite;
- Aumentar o consumo de peixe;
- Reduzir o consumo de açúcar e de produtos açucarados;
- Reduzir o consumo de sal;
- Consumir de modo adequado o leite e seus derivados;
- Beber muita água - 1,5 l/dia

### Alimentação Saudável

Crianças dos 5 aos 12 anos

GRUPO DE ALIMENTOS	FONTE DE	ONDE ENCONTRAR
Hidratos de Carbono	Energia, fibras, vitaminas e minerais	Pão (de todos os tipos), cereais, bolos e bolachas, massas, arroz e batatas.
Frutas e Legumes (5 doses diárias)	Vitaminas e minerais, incluindo vitamina C, vitamina A e fibras	Todos os frutos e legumes em todas as formas (puros, sumos, crus e cozinhados)
Leite e Produtos Lácteos	Proteínas, hidratos de carbono, cálcio, vitaminas e outros minerais	Uma variedade de laticínios - leite, queijos curados e amanteigados, iogurtes
Carne, Peixe e outros alternativos	Proteínas, ferro, vitaminas e outros minerais	Carnes vermelhas, aves, fígado, carnes transformadas, peixe, ovos, feijão e leguminosas

### Alimentação Saudável

Adolescentes

- Comer muitos, muitos hidratos de carbono, como pão, massa, arroz, batata e cereais;
- Comer muitas, muitas frutas e legumes – pelo menos 5 doses por dia;
- Comer bastantes produtos lácteos, como leite, iogurtes e queijos;
- Comer quantidade suficiente de proteínas de carne, peixe e ovos;
- Beber pelo menos 6 copos de água por dia;
- Evitar o consumo de bebidas alcoólicas – a experimentação faz parte do crescimento e da independência dos adolescentes, é importante conhecer os riscos associados ao consumo de álcool.

### Alimentação Saudável

**O que devo evitar comer várias vezes por semana?**

- Fritos
- Doços
- Alimentos com muito sal
- Bebidas, como por ex. os refrigerantes

### Alimentação Saudável

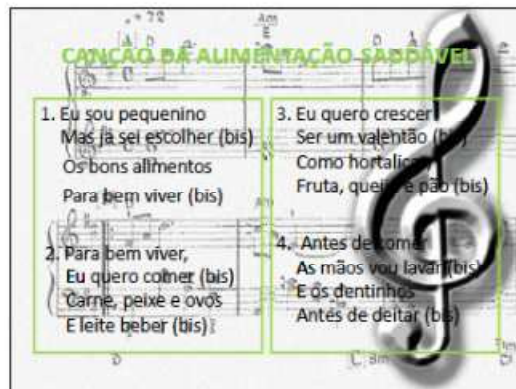
**Quais as principais doenças relacionadas com erros alimentares na infância e adolescência?**

- Obesidade
- Bulimia
- Anorexia



**CANÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

1. Eu sou pequenino Mas já sei escolher (bis) Os bons alimentos Para bem viver (bis)	3. Eu quero crescer Ser um valentão (bis) Como hortaliça Fruta, queijo e pão (bis)
2. Para bem viver, Eu quero colher (bis) Carne, peixe e ovos E leite beber (bis)	4. Antes de comer As mãos vou lavar (bis) E os dentinhos Antes de deitar (bis)



## **História sobre a Roda dos Alimentos**

Era uma vez uma senhora muito redondinha...esta senhora era muito redondinha e muito brincalhona. E sabem qual era a sua brincadeira preferida? Ela adorava brincar com todos os alimentos: com as cenouras, com a maçã, com a cebola, com o nabo, com a abóbora, com o morango, com a couve-flor, com a alface, com a água... com as cerejas, com o ananás, com o pepino, com o pão, com o leite, com o iogurte, com o queijo, com os ovos, com o azeite, com a manteiga.

Certo dia, andava a senhora muito redondinha na sua brincadeira quando decidiu fazer um jogo com todos os alimentos. Os alimentos gostaram muito da ideia, porque também adoravam brincar. Então, a senhora muito redondinha pediu a todos os alimentos que estivessem com muita atenção para explicar o jogo:

- Todos os alimentos do mesmo grupo ou família vão juntar-se para formar um grupo – explicou a senhora muito redondinha.

- Vamos jogar? – perguntou a senhora roda.

- Sim – responderam todos os alimentos em coro.

De repente, gerou-se uma grande confusão, porque uns

alimentos queriam ficar no mesmo grupo e outros não sabiam para onde haviam de ir... A senhora roda voltou a explicar que só podiam ficar no mesmo grupo, os alimentos parecidos, por exemplo, a maçã, a pêra e outras frutas formavam um grupo... As cenouras, as couves e outros legumes formavam outro grupo...

A massa, o arroz, o pão, outro grupo... O leite, o queijo, os iogurtes outro grupo... O feijão, o grão, as ervilhas formavam outro grupo... Os ovos, a carne, o peixe juntos formavam outro grupo.. O azeite, a manteiga, o óleo outro grupo.. Depois desta explicação, os alimentos começaram a juntar-se em grupos...

**Assim, a maçã, o morango, a pêra, o ananás e as cerejas juntaram-se e formaram o grupo das frutas.**

A seguir, o tomate, a cenoura, o pimento, a couve-flor, a alface, a cebola, a abóbora, o nabo, o pepino juntaram-se e formaram o grupo dos **legumes**.

Depois, a massa, o arroz, as batatas e o pão formaram o grupo dos **hidratos de carbono**.

O feijão, o grão, as ervilhas formaram o grupo das **leguminosas**.

**O leite, o queijo e o iogurte formaram o grupo dos lacticínios.**

**Os ovos, a carne e o peixe formaram outro grupo, o das proteínas.**

**O azeite, a manteiga e o óleo formaram o grupo das gorduras.**

Mas sobrava um alimento...a **água**. A senhora roda explicou que a água era muito importante e ficava no meio de todos os outros grupos, porque todos os alimentos são constituídos por água.

Quando todos os alimentos estavam juntos em grupos, a senhora roda dos alimentos explicou que cada grupo era muito importante e que se devia comer um pouco de todos os grupos, comendo mais dos grupos maiores e menos dos grupos mais pequenos.

ANEXO XIX

SESSÃO DE FORMAÇÃO ALUSIVA AO TEMA “ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL”  
DIRIGIDA AOS PAIS

## Alimentação Saudável

Enfª Isabel Nunes  
Orientada pela Enfª Especialista em Enfermagem  
Comunitária Teresa Figueiredo  
UCC Nossa Senhora  
Janeiro 2011

## Alimentação Saudável

A alimentação interage com a:

- Capacidade de pensar
- Capacidade de comunicar
- Capacidade de aprender
- Defesa contra as doenças
- Relação com os outros

## Alimentação Saudável

A alimentação saudável é uma alimentação completa, equilibrada e variada.

- **Completa** – ingerir alimentos dos diferentes grupos e beber água diariamente
- **Equilibrada** – ingerir alimentos de cada grupo de acordo com as proporções recomendadas.
- **Variada** – ingerir alimentos diferentes dentro de cada grupo, privilegiando sempre os alimentos básicos.

## Alimentação Saudável



## Alimentação Saudável

**Nutrientes essenciais nos alimentos**

- Hidratos de carbono
- Proteínas
- Gorduras
- Vitaminas
- Fibras
- Minerais
- Água

## Alimentação Saudável

**Objectivos de uma correcta alimentação:**

- Manter o crescimento adequado
- Evitar o défice de nutrientes
- Prevenir possíveis problemas de saúde da fase adulta

### Alimentação Saudável

**Factores que afectam uma alimentação adequada:**

- Aparenta dos pratos
- Quantidade de comida
- Combinação dos alimentos
- Bom exemplo familiar

### Alimentação Saudável

#### PROTEÍNAS

Devem fornecer **15%** das necessidades energéticas diárias:

- Manter crescimento adequada
- Aporte necessário de proteínas

### Alimentação Saudável

#### LÍPIDOS

Devem fornecer **30%** das necessidades energéticas diárias

- Gorduras saturadas menos de 10%

### Alimentação Saudável

#### HIDRATOS DE CARBONO

Devem fornecer **55%** das necessidades energéticas diárias

- Dar preferência aos hidratos de carbono complexos e ricos em fibras

### Alimentação Saudável

**Os alimentos devem ser bem distribuídos ao longo do dia:**

- Pequeno-almoço - 20-25 % cal.
- Almoço - 35-40 % cal.
- Lanche - 10-20 % cal.
- Janta - 15-25 % cal.

### Alimentação Saudável

#### Importância do pequeno-almoço

- Fornece a energia necessária para uma manhã de actividade
- Ajuda a recuperar do período nocturno de jejum prolongado

### Alimentação Saudável

**Consequências da eliminação do pequeno-almoço:**

- Debilidade física e atraso cognitivo
- Transtornos glicémicos
- Doenças infecciosas e gastro-intestinais
- Redução da capacidade de atenção e aprendizagem
- Apatia e falta de interesse pela escola

### Alimentação Saudável

**Alimentos a incluir no pequeno almoço**

- Leite e derivados - proteínas de elevado valor biológico, minerais e vitaminas;
- Cereais e derivados - açúcares complexos/amido, proteínas vegetais, ferro, vitaminas e fibras;
- Frutas - vitaminas, beta-carotenos e fibras.

### Alimentação Saudável

**Regras a ter em conta nas diversas refeições:**

- Aumentar o consumo de produtos hortícolas, cereais, leguminosas e fruta;
- Reduzir o consumo de gorduras utilizar preferencialmente azeite;
- Aumentar o consumo de peixe;
- Reduzir o consumo de açúcar e de produtos açucarados;
- Reduzir o consumo de sal;
- Consumo de água adequado à idade e seus derivados;
- Beber muita água - 1,5-2l/dia

### Alimentação Saudável

**Hábitos alimentares desadequados estão relacionados com o aumento do consumo de:**

- Carne e ovos;
- Sal;
- Açúcar;
- Farináceos refinados;
- Álcool;
- Aumento do consumo de gorduras saturadas.

### Alimentação Saudável

**É importante ter em atenção que:**

- As crianças e adolescentes são influenciáveis;
- Optam por escolhas alimentares semelhantes à família e amigos;
- No processo de socialização surgem novos hábitos alimentares;
- Muitos hábitos alimentares tendem a ser imitados.

### Alimentação Saudável

**Transtornos alimentares mais frequentes na infância e adolescência**

- Obesidade
- Bulimia
- Anorexia

### Alimentação Saudável

#### Obesidade infantil

- Maior risco de se tornarem adultos obesos
- Maior risco de virem a ter HAS, diabetes
- Consequências psicológicas
- Consequências físicas

### Alimentação Saudável

#### Anorexia - sinais de alerta

- Evitar estar à comida no prato em vez de comer;
- Sacar-se comida para evitar comê-la;
- Tentar esquecer-se de ter comida, numa tentativa de evitar uma refeição;
- Ingerir apenas um determinado tipo de comida;
- Fazer exercício em excesso, particularmente depois de uma refeição;
- Perda anormal de peso;
- Dificuldade imediata em ganhar peso, contagem das calorias, imagem corporal e jejum;
- Vestir roupa larga ou abafada;
- Falta de est. de energia;
- Doenças frequentes;
- Sono irregular.

### Alimentação Saudável

#### Bulimia - sinais de alerta

- Esconder a comida reservada para episódios de voracidade
- Mentir sobre o que comeram;
- Comer compulsivamente em segredo;
- Vomitar em segredo;
- Esconder artigos como purgantes ou diuréticos;
- Deixar a água da torneira ou do chuveiro a correr na casa de banho para diluir os episódios de purgação;
- Demonstrar uma preocupação profunda em relação ao peso, forma do corpo e aspecto em geral;
- Queixa frequente em relação a dores de garganta;
- Queixa frequente em relação a problemas dentários;
- Esconder-se após refeições longas e saltras.

### Alimentação Saudável



ANEXO XX

SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA” PARA A EQUIPA DA UCC NOSTRA PONTINHA

**AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária**

Enfª Teresa Figueiredo  
Enfª Isabel Nunes  
UCC Nossa Senhora, Janeiro 2011

**AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária**

**Roteiro da sessão**

- Ciclo da gestão do projecto
- Necessidades/problemas
- Objectivos
- Indicadores
- Avaliação
- Critérios de um bom projecto
- Método aplicado de planeamento e avaliação
- Balanço de competências

**AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária**

**Ciclo de Gestão do Projecto**



O diagrama mostra um ciclo de gestão de projecto com cinco etapas interligadas por setas: 1. Identificação de necessidades (top), 2. Promoção (right), 3. Avaliação local (bottom right), 4. Implementação (bottom), 5. Avaliação (left), 6. Gestão e monitorização (bottom left), que retorna à identificação de necessidades.

**AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária**

**Necessidade vs Problema**

- **Necessidade** - deficiência ou ausência de saúde determinada a partir de critérios biológicos ou epidemiológicos e que leva a que se tome medidas de prevenção, controlo e erradicação (PINEAULT + DAVIDLIV, 1987).
- **Problema** - estado de saúde considerado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela comunidade.

**AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária**

**Objectivos da identificação de problemas**

- Revelar a importância dos problemas de saúde e dos factores associados
- Identificar grupos com problemas específicos ou com maior susceptibilidade
- Avaliar a eficácia das medidas adoptadas pela comunidade para satisfazer as necessidades

**AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária**

**Métodos para identificação de problemas e necessidades de saúde**

- Indicadores
- Inquéritos
- Métodos de busca de consenso

AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária

**Objectivo**

- É o problema definido numa perspectiva positiva, optimista, realista e passível de ser medido por um indicador.
- “Alvo a ser atingido por uma organização, num prazo específico. Pressupõe a disponibilidade de um determinado volume de recursos a serem usados, os esforços a ser dispendidos, o desenvolvimento e a implementação de estratégias específicas” (IMPERATOR, 1999)

AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária

**Características dos objectivos**

**SMART**

- **E**specífico
- **M**ensurável
- **A**tingível
- **R**ealista
- **T**emporalizado

**SMARTer**

- Enriquecimento
- Revisão

AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária

**Níveis de objectivos**

- **Finalidades** – enunciados muito amplos;
- **Objectivos gerais** – exprimem as linhas principais a desenvolver para atingir as finalidades;
- **Objectivos específicos** – correspondem à decomposição dos objectivos gerais em componentes mais estritas ou elementares;
- **Objectivos operacionais ou metas** – descrevem os resultados esperados ao nível de actividade, tarefa ou função.

AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária

**Definição de indicadores**

- “(...) é uma medida, geralmente quantitativa, que pode ser usada para ilustrar e comunicar um conjunto de fenómenos complexos de uma forma simples, incluindo tendências e progressos ao longo do tempo” (European Environment Agency, 2005).
- Os indicadores constituem uma forma de simplificação e síntezização de fenómenos complexos através da sua quantificação.

AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária

**Os Indicadores:**

- devem ser adequados à realidade dos grupos-alvo e dos serviços;
- implicam um importante trabalho de recolha e análise pelos serviços e/ou pela comunidade, o que pode representar uma sobrecarga considerável para o pessoal;
- podem co-existir com outros alternativos, mais ou menos úteis para a formulação de políticas e a gestão de projectos.

AValiação de Projectos de Intervenção em Saúde Comunitária

**Qualidades dos indicadores**

- Úteis
- Acessíveis
- Correctos em termos de ética
- Robustos
- Representativos
- Fáceis de compreender

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Tipos de indicadores**

- **INDICADORES DE INPUT** ou de **ESTRUTURA**: acesso geográfico, cultural, operacional, económico; indicadores de recursos envolvidos / a envolver;
- **INDICADORES DE PROCESSO**: uso dos serviços, produtividade, utilização dos recursos, qualidade
- **INDICADORES DE OUTPUT** (resultados no sentido de produção) resultados directos dos serviços: cobertura, eficácia, eficiência
- **INDICADORES DE OUTCOME** (resultados no sentido de impacto) resultados indirectos dos serviços e da comunidade, morbilidade, mortalidade, efectividade e impacto

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Indicador Objectivamente Verificável (IOV)**

- É um indicador que contém em si um conjunto de atributos ou de características que permitem calculá-lo por processos de medição/avaliação minimamente rigorosos, repetíveis e comparáveis, independentemente de quem os aplica.

**Aspectos operacionais associados ao IOV**

- Variabilidade
- Adequada delimitação:
  - no tempo
  - no espaço (área geográfica)
  - no alvo (a população a que se refere)
- Fonte de informação e respectivo método de avaliação

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

- **Avaliar** - julgar ou atribuir valor a alguém ou alguma coisa.

- **Avaliar** - é comparar um fenómeno observado (comportamentos, resultados, actividades) com um quadro de referência (critérios, indicadores).

**Avaliar**

“É o processo de determinação, sistemático e objectivo, da relevância, efectividade, eficiência e impacto das actividades fundamentadas nos seus objectivos. É um processo organizacional para a implementação de actividades e para colaborar no planeamento, programação e tomada de decisão” (OMS, 2000).

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Avaliar é  de medir**

- **Medir** - atribuir um valor por comparação com um padrão; é um juízo da realidade
- **Avaliar** - comparar o valor obtido na medição com um valor desejado; é um juízo de valor

**Avaliar é  de monitorizar**

- **Monitorizar** - actividade que se traduz na observação do que se está a passar
- **Avaliar** - está relacionada com a eficácia e a acção dessas mesmas actividades

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**A avaliação:**

- Ajuda a assegurar a execução do programa certo, a desenvolvê-lo como se pretendia e a conseguir os resultados desejados;
- Contribui para o **empowerment individual e colectivo**;
- Contribui para a **garantia da qualidade**;
- Desenvolve o conhecimento no domínio da **promoção da saúde**. (SPRINGETT, 2003)

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Avaliação no decurso dos projectos:**

- **Operatória** - Orientado para a acção e a tomada de decisões;
- **Permanente** - Intervém ao longo do ciclo de vida de um projecto e não apenas no seu tempo;
- **Participativa** - Associa os actores à procura e à concretização de soluções; permite a confrontação e a negociação entre os pontos de vista dos actores; efectua evoluções sistemáticas aos actores;
- **Formativa** - Cria as condições de uma aprendizagem mútua através da prática, valvém entre a acção e a reflexão crítica; favorece o diálogo e a tomada de consciência colectiva, ao serviço da eficácia da acção.

AValiação DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Tipos de avaliação**

- o Diagnóstico de necessidades
- o Avaliação do processo
- o Avaliação de outcomes
- o Avaliação da satisfação dos utentes
- o Avaliação económica

AValiação DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Diagnóstico de necessidades**

- o Informação objectiva a partir da qual é possível estabelecer a forma de intervir, ou seja, estabelecer o plano/programa/projecto

AValiação DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Avaliação de processo**

- o Observar e medir o modo de operação de um projecto ou programa; diz respeito à qualidade: eficiência, eficácia, efectividade.
- o Está intimamente ligada às iniciativas de auditoria de projectos e à melhoria contínua da qualidade.

AValiação DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Avaliação dos outcomes**

- o Tem como objectivos verificar se ocorreu mudança e medir quanto dessa mudança é atribuível à intervenção
- o Está intimamente ligada à avaliação de processo

AValiação DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Avaliação da satisfação dos utentes**

- o Pretende conhecer a qualidade dos serviços segundo a perspectiva do utente; pode ainda ser usada para avaliar as reacções dos utentes às mudanças na prestação de cuidados;
- o Normalmente é feita através de um questionário confidencial e auto-administrado;
- o É importante ter em conta as diferenças culturais no que respeita às expectativas de feedback sobre os serviços públicos e privados.

AValiação DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Avaliação económica**

- o Determina o custo global dos recursos disponibilizados – custos directos e indirectos;
- o Pode não reflectir a efectividade da intervenção.

**AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**O que conduz ao sucesso de um projecto**

- Compromisso e o sentido de responsabilidade de todas as partes;
- Objectivos traçados de forma realista;
- Definição clara dos objectivos;
- Relação entre o que se faz no âmbito do projecto (actividades) e o que se deverá alcançar (os objectivos);
- Capacidade de gerir riscos;
- Papéis claros/bem definidos (distribuição de responsabilidade);
- Sentido de propriedade/pertença;
- Flexibilidade para adaptar processos em caso de mudança;
- Participação e influência do grupo-alvo na concepção do projecto.

**AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**CRITÉRIOS DE UM BOM PROJECTO**

CRITÉRIOS	ESPECIFICAÇÃO
<b>Relevância</b>	Verificar se os objectivos do projecto são válidos em relação aos problemas a resolver e aos interesses dos actores envolvidos.
<b>Coerência</b>	Indagar o grau de adequação entre as decisões sobre o funcionamento interno e o contexto externo do projecto.
<b>Consistência</b>	Verificar se há congruência entre os diferentes elementos do projecto, objectivos, resultados, actividades, prazos, recursos...
<b>Eficiência</b>	Verificar em que medida os resultados obtidos permitem alcançar os objectivos despendendo, sustentabilidade...
<b>Efectividade</b>	Analisar a relação entre os resultados conseguidos e os meios (financeiros, humanos, institucionais) mobilizados.
<b>Comunicabilidade</b>	Apreciar em que medida as decisões foram tomadas e comunicadas em tempo útil, obtendo os efeitos desejados.
<b>Viabilidade financeira</b>	Definir os recursos necessários para o desenvolvimento de cada uma das actividades, que devem ser bem descritos.

**AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**Método Aplicado de Planeamento e Avaliação (MAPA)**

- É uma metodologia operacional, integrada e participativa de planeamento e avaliação que consiste, fundamentalmente, num método, que articula de forma integrada o diagnóstico, o planeamento, a monitorização e a avaliação de projectos, recorrendo, principalmente, a técnicas participativas;
- O MAPA integra o Método do Quadro Lógico (MQL).

**AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**Críticos da avaliação de projectos a partir do MQL**

- **Relevância** – Com a ajuda dos passos 1-4 (análise do contexto, das partes interessadas, do problema e formulação dos objectivos) podemos averiguar se o projecto resolve um problema importante e certo do grupo-alvo, e se são atacadas as causas do problema a resolver;
- **Viabilidade** – Com a ajuda dos passos 5-7 (plano de actividades, de recursos e medição da realização dos objectivos) podemos ver se estamos a desenvolver o projecto de forma adequada;
- **Sustentabilidade** – Com a ajuda dos passos 8 e 9 (análise dos riscos e dos pressupostos) podemos avaliar se o projecto pode continuar por si, sem apoio externo, se é sustentável a longo prazo.

**AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**Etapa 1 - Análise do Contexto**

- O projecto é continuamente influenciado por diversos processos económicos, sociais e políticos que se operam na sociedade;
- Que factores externos são importantes para a realização dos objectivos do projecto ?
- Em que ambiente o projecto se situa ?
- É importante empreender um “scanning” geral inicial do contexto, a partir de uma análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

**AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

The diagram is a 2x2 matrix with 'Ajuda' (Help) at the top and 'Atrapalha' (Hinders) at the bottom. The vertical axis is labeled 'Interna' (Internal) on the left and 'Externa' (External) on the right. The quadrants are: Top-Left (S) Forças (Strengths), Top-Right (W) Fraquezas (Weaknesses), Bottom-Left (O) Oportunidades (Opportunities), and Bottom-Right (T) Ameaças (Threats). Arrows point from the center towards each quadrant.

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 2 - Análise das partes interessadas**

- Diversas partes interessadas têm diferentes possibilidades de influenciar o projecto (indivíduos ou organizações podem estar a favor ou contra a mudança...);
- O levantamento das partes interessadas constitui um factor essencial da planificação de projectos, devendo recolher-se informação junto delas através da organização de um workshop;
- As partes interessadas podem ser divididas em quatro grupos principais:
  - Beneficiários/grupo-alvo
  - Implementadores
  - Decisores
  - Financiadores

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 3 - Análise do problema/situação**

- As questões básicas, a que uma análise do problema deverá responder, são as seguintes:
  - Qual é o problema principal a resolver com a ajuda do projecto?
  - Quais são as causas do problema? Quais são as verdadeiras causas?
  - Quais são as consequências do problema?
  - Quem é afectado pelo problema?
- Se se fizer uma árvore de problemas é possível visualizar claramente as causas e as consequências de um problema

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 4 - Análise dos objectivos**

- A análise dos objectivos pode responder às seguintes questões:
  - O que é que se quer alcançar com o projecto? Por que razão é que o projecto é importante? (objectivos gerais)
  - Qual é a imagem que o responsável pelo projecto tem da situação ideal? Por que é que o grupo-alvo precisa do projecto? (objectivos do projecto)
  - Que sub-metas são necessárias para alcançar o objectivo do projecto? (resultados)

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 5 - Actividades**

- Se as actividades forem planeadas e implementadas de forma adequada, os resultados serão alcançados, o que conduzirá à realização do objectivo do projecto (problema principal), influenciando a longo prazo os objectivos gerais;
- As actividades deverão atacar as causas do problema principal. O facto das partes interessadas empreenderem uma análise exaustiva do problema constitui condição para uma boa planificação de actividades;
- As actividades constituem o trabalho efectuado pelas pessoas envolvidas no projecto

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 6 - Recursos/fundos**

- A planificação de recursos encontra-se estavelmente ligada ao desenvolvimento das actividades
- Os recursos utilizados para se poder implementar as actividades planeadas integram as seguintes opções:
  - Competência técnica (peritos locais ou estrangeiros/planificação dos diversos tipos de conhecimentos necessários)
  - Equipamento
  - Financiamento (repartição dos custos...)
  - Tempo necessário para implementar cada actividade
  - Instalações/escritórios, locais de formação

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 7 - Medir a realização dos objectivos Indicadores**

- Um projecto atinge os seus objectivos?
- Para responder a esta pergunta, o projecto tem que identificar os indicadores, que tenham possível medir o desenvolvimento do projecto
- Para se estabelecer indicadores da realização dos objectivos e resultados é importante pensar numa lógica participativa:
  - O que é que o projecto deverá alcançar em termos de quantidade?
  - O que é que o projecto deverá alcançar em termos de qualidade?
  - Quando é que a realização dos objectivos deverá ocorrer? Que meios de verificação utilizar?
  - Qual é o grupo-alvo? Qual a situação antes de começar o projecto?
  - Que região ou sector geográfico é influenciado pelo projecto?

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 8 – Análise dos riscos**

- As partes interessadas têm de identificar, analisar e avaliar diversos factores **externos e internos críticos** que afectam de diversas formas as possibilidades de o projecto alcançar os seus objectivos;
- **Riscos externos** existem à margem do quadro do projecto, isto é, factores do contexto da sociedade (ex. desenvolvimento político...) e podem conduzir a problemas na realização dos objectivos do projecto;
- **Riscos internos** podem ser minimizados pelo gestor do projecto, tratando-se na maior parte dos casos de aspectos práticos (ex. rotação de pessoal, falta de material, formações em n.º insuficiente).

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Etapa 9 – Pressupostos**

- O êxito de um projecto depende de normas, leis, decretos, vontade e compromissos políticos, afectação de fundos, entre outros;
- **Os pressupostos são aquilo sobre o que o grupo do projecto não tem controlo directo, mas que constitui uma condição para a realização dos objectivos** (ex. contando que a lei X seja criada pelo parlamento...);
- Os pressupostos são fixados através da participação das partes interessadas para cada nível de objectivos.

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Balanco de Competências (BC)**

- É um processo activo, personalizado e complexo, no qual se articulam as dimensões pessoais e sócio-profissionais, no sentido de efectuar uma exploração e análise dos saberes e das competências adquiridas pelos sujeitos, indispensáveis à construção de projectos pessoais e profissionais;
- É considerado um instrumento de apoio à gestão importante no sentido de identificar necessidades de melhoria ou ajustamentos;
- Tem como grande finalidade a demonstração do impacto dos projectos nas competências de quem neles participou.

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Balanco de competências**

- Ferramenta dinâmica de gestão de projectos;
- Orientada para a avaliação do impacto das acções sobre os intervenientes;
- Orientada para a sensibilização desses envolvidos para as competências sobre as quais devem focalizar o seu desenvolvimento.

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**Funções do balanço de Competências**

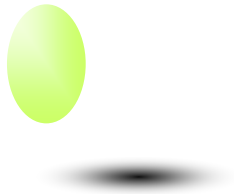
- Diagnóstico e avaliação de competências mais directamente relacionadas – mobilizadas ou desenvolvidas – com os objectivos ou actividades de um determinado Projecto;
- Demonstra objectivamente as aquisições, em termos de competências, do Projecto.

AVALIAÇÃO DE PROJECTOS DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

**O BC é um processo que deve ser:**

- **Participado**: envolve todos os destinatários que assumem a responsabilidade de construção e/ou monitorização do seu próprio BC;
- **Dinâmico e evolutivo**: sustentado em metodologias de participação activa e focalizado na evolução verificada entre momentos temporais;
- **Introspectivo e reflexivo**: implica uma auto-descoberta e auto-avaliação de competências;
- **Multidisciplinar**: envolve diversos intervenientes com várias qualificações e experiências;
- **Abrangente**: inclui todo o tipo de competências;
- **Directamente relacionado com a avaliação**: realiza uma avaliação em pelo menos dois momentos temporais – BC de Partida e BC de Chegada.





## **BALANÇO DE COMPETÊNCIAS**

**Nome (facultativo):**

**Instituição:**

### **1. COMPETÊNCIAS DE PARTIDA**

Com esta grelha e exercício pretende-se identificar as competências/ capacidades/ habilidades de que os actores (técnicos, beneficiários, dirigentes, parceiros, ...) são portadores à partida.

O processo de identificação de competências é, nesta fase, individual, e segundo uma lógica de auto-reconhecimento. Cada um deve preencher as grelhas abaixo, partilhando depois a(s) característica(s) principal(is) no grupo alargado.

### 1.1 Competências técnicas ou funcionais

(Saberes-fazer e habilidades que possam ter uma tradução profissional ou funcional ou uma utilidade social reconhecida ou potencial)

Designação/ Área	Breve descrição/ caracterização	Escala de avaliação

### 1.2 Competências pessoais

(Características pessoais positivas ou negativas, que se considerem relevantes ou que sejam mais marcantes da personalidade de cada um – ligadas ao Ser)

Designação/ Área	Breve descrição/ caracterização	Escala de avaliação

### 1.3 Competências relacionais

(Capacidades de relacionamento, de vivência social, de contacto com outrem, ligadas ao Saber – Estar)

Designação/ Área	Breve descrição/ caracterização	Escala de avaliação

--	--	--

## **2. COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS Á INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

Este exercício tem como objectivo a identificação das competências/capacidades/habilidades que os princípios metodológicos e as actividades do Projecto exijam para o levar a bom termo.

O processo de identificação é, neste caso, construído colectivamente, através de trabalhos de grupos e de reflexão partilhada em plenário. A grelha assim obtida será portanto um produto colectivo.

**2.1 Competências técnicas ou funcionais**

(Saberes-fazer e habilidades que possam ter uma tradução profissional ou funcional ou uma utilidade social reconhecida ou potencial)

Designação/ Área	Breve descrição/ caracterização	Escala de avaliação

**2.2 Competências pessoais**

(Características pessoais positivas ou negativas, que se considerem relevantes ou que sejam mais marcantes da personalidade de cada um – ligadas ao Ser)

Designação/ Área	Breve descrição/ caracterização	Escala de avaliação

**2.3 Competências relacionais**

(Capacidades de relacionamento, de vivência social, de contacto com outrem, ligadas ao Saber – Estar)

Designação/ Área	Breve descrição/ caracterização	Escala de avaliação



## AVALIAÇÃO DE EXECUÇÃO

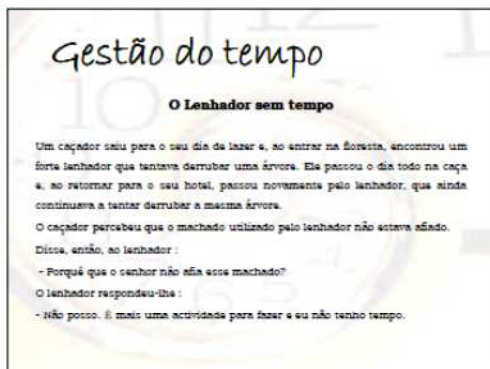
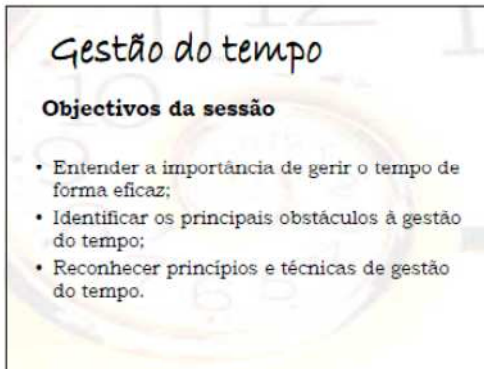
Estabelecer a taxa de execução na data de preenchimento das grelhas.

Periodicidade: a das acções/actividades

	Previsto (a)	Realizado (b)	Taxa de Execução (c=b/a*100)	Escala (X)
1. Unidades de Concretização				
<b>Total</b>				
2. Participantes envolvidos (por acção, actividade ou tarefa)				
<b>Total</b>				
3. Nº Técnicos envolvidos (por acção, actividade ou tarefa)				
<b>Total</b>				
4. Nº de horas dos Técnicos envolvidos (por acção, actividade ou tarefa)				
<b>Total</b>				
5. Orçamento afectado (por acção, actividade ou tarefa)				
<b>Total</b>				
6. Outros (por exemplo: execução temporal)				
<b>Total</b>				

ANEXO XXI

SESSÃO DE FORMAÇÃO SOBRE “GESTÃO DO TEMPO” PARA A EQUIPA DA UCC  
NOSTRA PONTINHA



## Gestão do tempo

### Dimensões do tempo

Monetária	Valor/custo do tempo de trabalho Rentabilização dos recursos Maximização dos resultados
Subjectiva	Ritmos próprios de trabalho Esquemas pessoais de organização
Racionalmente objectiva	Gestão de esforços de acordo com as situações e as exigências através de: • Fixação de objectivos • Definição de prioridades

## Gestão do tempo

### Princípios da gestão do tempo

- Lei de Pareto 20/80
- Lei das sequências homogêneas de trabalho
- Lei de Parkinson
- Lei da alternância
- Lei dos ritmos biológicos
- Lei da contraprodutividade

## Gestão do tempo

### Mitos

- A vida é completamente controlada por acontecimentos externos;
- Deve-se corresponder às expectativas das outras pessoas;
- Quando está sempre ocupado e activo, pode fazer muito mais;
- Trabalhar cada vez mais, ajuda a eliminar os problemas de gestão do tempo;
- Se quer ter a certeza que a tarefa é bem feita, faça-a você mesmo;
- Fazer as coisas de forma padronizada, contribui para um bom uso do tempo.



## Gestão do tempo

### Obstáculos à gestão do tempo

- Não definição de objectivos;
- Desorganização;
- Procrastinação
- Distração;
- Fadiga;
- Inflexibilidade;
- Dificuldade em delegar tarefas;
- Perfeccionismo;
- Receio de insucesso.



## Gestão do tempo

### Sinais de má gestão do tempo

- Interrupções telefónicas constantes;
- Visitas casuais sistemáticas;
- Interrupções frequentes para atender a “urgências”;
- Excessivo envolvimento em detalhes;
- Reuniões excessivas e inconclusivas;



## Gestão do tempo

### Sinais de má gestão do tempo

- Profissionais denotando cansaço, fadiga e falta de autoconfiança;
- Responsabilidade e autoridade confusas;
- Cálculos irrealistas do tempo;
- Dificuldade em dizer não.



## Gestão do tempo

### Planeamento na gestão do tempo

- Organização;
- Concentração;
- Definição de objectivos;
- Definição de prioridades;
- Elaborar um plano diário.



## Gestão do tempo

### Critérios e prioridades



## Gestão do tempo

“O importante é raramente urgente e o urgente é raramente importante”.  
General Eisenhower

	URGENTE	NÃO URGENTE
IMPORTANTE	I Crises Problemas prementes Reuniões urgentes Projectos com datas limites	II Preparação Prevenção Planeamento
INIMPORTANTE	III Interrupções Chamadas telefónicas Reuniões pouco importantes	IV Assuntos triviais Activismo “desfocado” Correspondência sem importância Actividades de lazer em excesso

**Matriz do tempo**

## Gestão do tempo

### Técnicas de gestão do tempo

- Identificar e reduzir os desperdícios de tempo
- Optimizar o ambiente de trabalho
- Planear correctamente as reuniões
- Usar os ritmos biológicos a favor
- Saber delegar tarefas
- Saber dizer “não”
- Fazer pausas
- Utilização de agenda como recurso estratégico



## Gestão do tempo

“A felicidade não está em viver, mas em saber viver. Não vive mais o que mais vive, mas o que melhor vive, porque a vida não mede o tempo, mas o emprego que dele fazemos”.

Autor desconhecido



## Gestão do tempo

### Bibliografia

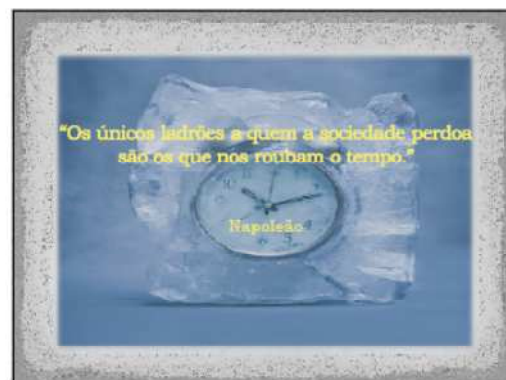
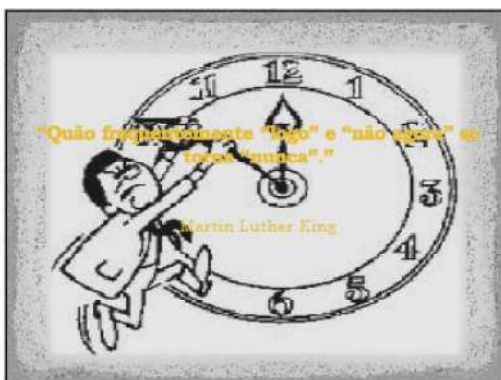
ABREU, J.; MOEIRA, R. – PRONACI – Gestão do tempo. Associação empresarial de Portugal, Lisboa, 2002, 32p. accedido em 21/01/11

[www.firma-te.com/medioteca/.../978-manual-de-gestao-de-tempo-esp.html](http://www.firma-te.com/medioteca/.../978-manual-de-gestao-de-tempo-esp.html)

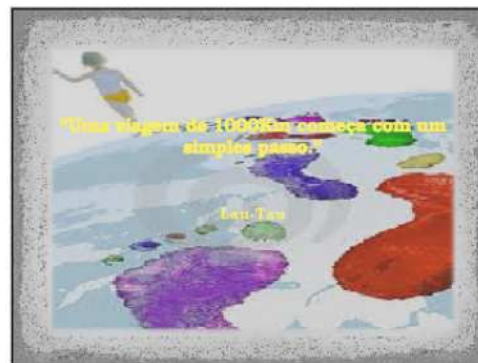
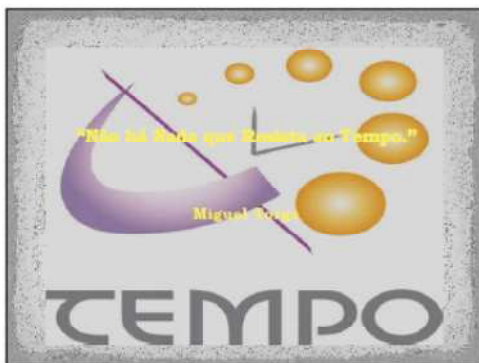
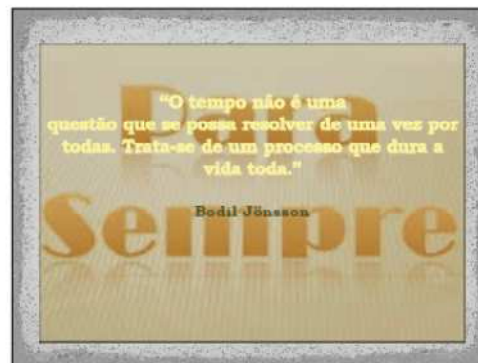
BIRD, P. – Gestão do Tempo. Actual editora 2004, 200 p  
ISBN: 9789729907838

SOARES J. G., “A gestão do tempo: Quem manda em quem?”. Lisboa, IEFP, Derigir, n.º67, Mai/Jun 2000,p28-32, ISSN 0071-7854









Responda por favor ao seguinte questionário:

<b>Questionário de autodiagnóstico: você e o tempo</b>			
	Frequentemente	Às Vezes	Raramente
1. Costuma tratar um assunto de cada vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Inicia e termina habitualmente os projectos dentro do prazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As pessoas sabem qual é o melhor horário para o procurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faz, a cada dia, alguma coisa que o deixe mais próximo de seus objectivos de longo prazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando é interrompido, consegue retomar ao seu trabalho sem perder o ímpeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lida de modo eficaz com interlocutores demorados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Concentra-se na prevenção dos problemas em vez de na sua solução, após estes acontecerem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Planeia as suas tarefas de forma a cumprir, com alguma folga (sem pressão), os prazos estabelecidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. É pontual no trabalho, nas reuniões e em outros eventos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sabe delegar bem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Prepara diariamente uma lista com as coisas a fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Costuma realizar todas as coisas que prevê na sua “lista de coisas a fazer”?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Actualiza, por escrito, os seus objectivos profissionais e pessoais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A sua mesa de trabalho está limpa e organizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pode encontrar facilmente o que procura nos seus arquivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Subtotal</b>	—	—	—
	<u>X4</u>	<u>X2</u>	<u>X0</u>
<b>TOTAL</b>	==	==	==

Extraído de *Guia para a Administração do Tempo*, Editora Campus, Alexander, Roy (adaptação)

## Correcção e interpretação dos resultados

Multiplique por 4 o somatório das repostas que assinalou na coluna “Frequentemente” e por 2 as posicionadas na coluna “Às vezes”.

Não atribua pontos às respostas “Raramente”.

Se obteve uma pontuação final entre:

49-60 Administra bem o seu tempo.

37-48 Administra bem parte do seu tempo. No entanto, precisa ser mais consistente nas estratégias para poupar tempo. Deve utilizar novas técnicas!

25-36 É com muita frequência uma vítima do tempo. Aplique imediatamente as técnicas que aprenderá aqui.

13-24 Está perto de perder o controlo. Provavelmente, é muito desorganizado para aproveitar os bons momentos. Um plano de administração do tempo voltado para prioridades é necessário já!

0-12 Está sobrecarregado, disperso, frustrado e provavelmente sob muito stresse. Coloque em prática as técnicas deste manual.

Após ter respondido e analisado o seu perfil, verifique, por favor, se alguns dos sintomas que lhe apresentamos em seguida se aplicam à sua situação pessoal ou profissional e, se sim, quais.