



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Conhecer e Intervir para Mudar a Jamaica

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

Por Daniela Martins Braz dos Santos

(LISBOA, Maio de 2012)



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Conhecer e Intervir para Mudar a Jamaica

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

Por Daniela Martins Braz dos Santos

Sob orientação de Amélia Simões Figueiredo

(LISBOA, Maio de 2012)

RESUMO

A intervenção comunitária com vista à promoção da saúde tem como etapa elementar o conhecimento do estado de saúde da comunidade, de modo a que a actuação planeada seja direccionada para os reais problemas que nela possam ser identificados, no sentido de intervir com intuito de os diminuir ou mesmo eliminar e, desta forma, elevar os indicadores de saúde da população.

O presente relatório descreve o início da intervenção comunitária realizada no Bairro de Vale de Chícharos, tendo como base as etapas do planeamento em saúde realizadas em contexto de Estágio, no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

O Estágio decorreu na UCC Seixal e desenvolveu-se em três módulos. No primeiro módulo realizou-se o diagnóstico de saúde que nos permitiu identificar as situações problemáticas de saúde existentes na comunidade de Vale de Chícharos.

Do conjunto de problemas identificados, destacam-se alguns dos resultados deste diagnóstico de saúde, nomeadamente, apenas 24% dos elementos da amostra realizarem vacinação e somente 1% efectuarem vigilância oral. Para além destes resultados, o problema ambiental identificado pela ausência de saneamento e acumulação de lixo doméstico, claramente presente no bairro, representa um risco de saúde para a comunidade *per si*. Estas problemáticas emergiram como áreas de intervenção prioritárias, resultado da etapa que decorreu no segundo módulo de Estágio de priorização de necessidades.

Foi no terceiro módulo que se desenvolveram intervenções planeadas de modo a alterar as problemáticas identificadas nomeadamente: no âmbito da vacinação, tendo sido vacinadas as crianças com idade inferior a 10 anos residentes no Bairro de Vale de Chícharos, diminuindo assim o número de casos de crianças com o Plano Nacional de Vacinação desactualizado; no âmbito da saúde oral, reduzindo os casos de crianças sem vigilância oral efectuada até aos 6 anos e permitindo assim ir de encontro aos objectivos traçados no Plano Nacional de Saúde. Foi ainda possível sensibilizar os moradores para a realização da limpeza no bairro, numa acção concertada com os parceiros comunitários.

Pretende-se que os resultados desta intervenção, sustentada na multiculturalidade e no empowerment comunitário, possam dar um contributo significativo na intervenção da UCC e na comunidade de Vale de Chícharos, no sentido de dar resposta e inverter as problemáticas de saúde identificadas, com vista à prevenção de situações de doença, actuando ao nível da prevenção primária e assim promover a saúde desta comunidade.

Palavras-chave: Intervenção comunitária; Multiculturalidade; Empowerment comunitário.

ABSTRACT

Any intervention in the community with the objective of health-promotion has, as one of its' elementary steps, the knowledge of the community health-status, granting that the planned actions are directed towards the real health-problems identified within the community, intervening in the way of diminishing or eliminating them. This, consequently, elevates de population heath-indicators.

The present study describes the primary steps of the communitarian interventions that took place in the neighborhood of "Vale de Chicharos", and were based on the phases of health-planning used in the trainee internship, which is part of the Masters in Nursing, specialized in community nursing.

The trainee internship was lead in the UCC Seixal and was developed in 3 separate modules. The first module consisted in the making of the health diagnostics that would expose the data necessary to identify the health-problems existing within the "Vale de Chicharos" community.

From the identified problems in this health diagnostic, some of the results stood out as being more evident, for example, only 24% of the population sampling had realized the standard vaccination plan and only 1% made regular oral-health vigilance. To add to the above named results emerged the environmental problem, evident by the visible garbage accumulation on the streets along the neighborhood and the lack of basic sanitary conditions, which represents a health-risk itself, for the community. These problems showed themselves as the priority intervention areas that were structured as a result of the steps taken in the second module of the internship – priority assessment.

The development of the planned interventions took place on the third module, and they were developed in the sense of altering the identified health problems, more specifically in the area of vaccination and the area of oral hygiene vigilance. For the first specified problem was established an action-of-vaccination witch was extended to all the children under the age of 10 years-old, resident on "Vale de Chicharos", therefor diminishing the number of cases of children with incomplete vaccination plan. As for the second specified problem, the action developed was meant to reduce the number of cases of children under the age of 6, with no oral hygiene vigilance, allowing the fulfillment of the objectives conducted on the National Health Plan.

It was also possible to inform the residents on the environmental problem above mentioned and therefor making the population acknowledge the need to clean the streets of the neighborhood, and so it was able to be taken forward an action in collaboration with the community-partners.

In sum, it is imperative to make evident that the results obtained with this study, can support and offer a strong contribution to the UCC intervention in the community and to the

community itself, making possible several problem-solving actions that will invert the health-problems identified, and will have, as a primary objective, the prevention of illness situations which acts in the context of primary-prevention taking forward the health promotion of the community.

Keywords: Community intervention, Multiculturalism, Community Empowerment.

A todos aqueles que me apoiam incondicionalmente nas várias etapas da minha vida....Um Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- CIPE - Classificação internacional para a prática de enfermagem
- CPOD - Dentes Cariados, Perdidos e Obturados por Criança
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- EE – Encarregado de Educação
- Enf.^a - Enfermeira
- EP - Equipa de Projecto
- ERA - Equipa Regional de Apoio
- GTAS - Grupo de Trabalho Ambiente e Saúde
- IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PALOPS - países africanos de língua oficial portuguesa
- PNAAS - Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde
- PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- PNV – Plano Nacional de Vacinação
- RCV - Registo Centralizado de Vacinas
- RIFA – Relatório de Imigração, Fronteiras e Abrigo
- RNU - Registo Nacional de Utentes
- SINUS - Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- USP – Unidade de Saúde Pública
- CMS – Câmara Municipal do Seixal

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. CONHECER VALE DE CHÍCHAROS.....	11
2.1. O BAIRRO.....	13
2.2. O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	15
2.2.1. Resultados do Diagnóstico de Saúde.....	17
3. CONHECER PARA INTERVIR	25
3.1. PRIORIZAÇÃO DE NECESSIDADES.....	25
3.2. O INÍCIO DA UNIDADE MÓVEL NO BAIRRO.....	27
4. A CAMINHO DA MUDANÇA.....	30
4.1. O PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	33
4.1.1. VACINAÇÃO.....	34
4.1.2. SAÚDE ORAL.....	38
4.1.3. DIA DE LIMPEZA DA JAMAICA.....	41
4.2. BALANÇO DA TEMPORADA.....	45
4.3. VALE DE CHÍCHAROS...QUE FUTURO.....	48
5. CONCLUSÃO.....	52
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
7. ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE TABELA

Tabela n.º1 – Distribuição de triagem de saúde oral das Crianças da CRIAR-T com idade inferior a 5 anos de idade.....	40
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º1- Distribuição dos elementos com idade inferior a 18 anos, por faixa etária.....	18
Gráfico n.º2- Distribuição dos elementos com idade superior a 18 anos, por faixa etária.....	18
Gráfico n.º 3 - Distribuição dos sujeitos segundo a nacionalidade.....	19
Gráfico n.º 4 – Distribuição dos sujeitos segundo a escolaridade que frequentam.....	19
Gráfico n.º 5 – Distribuição dos elementos por situação laboral.....	20
Gráfico n.º6 – Distribuição dos elementos segundo o grau de escolaridade.....	21
Gráfico n.º 7 – Distribuição dos elementos sem grau de instrução.....	21
Gráfico n.º 8 - Distribuição dos sujeitos inscritos no Centro de Saúde da Amora quanto à atribuição de médico de família.....	22
Gráfico n.º9 – Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de vigilância de saúde	22
Gráfico n.º 10 - Distribuição dos sujeitos segundo as patologias.....	23

ANEXOS.

ANEXO I – Fotografia de canalizações e ligações eléctricas ilegais do bairro.....	59
ANEXO II – Formulário utilizado como instrumento de colheita de dados.....	61
ANEXO III – Pedido de autorização para uso do formulário.....	74
ANEXO IV – Pedido de autorização ao Director do ACES Seixal-Sesimbra, para aplicação dos formulários.....	76
ANEXO V – Pedido de autorização das instalações da CRIAR-T para a aplicação dos formulários.....	78
ANEXO VI – Nota informativa à população de divulgação da realização do diagnóstico de saúde.....	80
ANEXO VII – Resultados do diagnóstico de saúde.....	82
ANEXO VIII – Fotografias que ilustram a problemática ambiental de Vale de Chícharos...	99
ANEXO IX – Pedido de autorização aos encarregados de educação à vacinação dos seus educandos.....	101
ANEXO X – Cartaz em formato de banda desenhada realizado pelas crianças sobre a vacinação.....	103
ANEXO XI – Exemplo de modelo de contaminação via exposição-receptor.....	105
ANEXO XII – Pedido de autorização aos encarregados de educação para participação dos seus educandos na formação e vigilância de saúde oral.....	107
ANEXO XIII – Notícia do Boletim da Câmara Municipal do Seixal sobre acção de limpeza em Vale de Chícharos.....	109
ANEXO XIV – Poster “Conhecer para Intervir”.....	111

1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa foi realizado um Estágio para avaliação da unidade curricular com a mesma designação.

O referido Estágio foi realizado em três momentos, designados por módulos, sendo que em cada um se desenvolveram fases distintas que compreendem o processo de planeamento em saúde. Neste contexto, no primeiro módulo concretizou-se o diagnóstico de situação, no módulo II procedeu-se à definição de prioridades das necessidades identificadas nos resultados relativos ao diagnóstico e no módulo III teve lugar a realização e aplicação de um projecto de intervenção comunitária.

Os três módulos do estágio decorreram na Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC Seixal), pertencente ao ACES Seixal-Sesimbra, nos períodos de 25 de Abril a 18 de Junho, de 26 de Setembro a 19 de Novembro e de 21 de Novembro a 28 de Janeiro, respectivamente.

Contextualizando o local de estágio, importa referir que a UCC Seixal integra-se no ACES da Península de Setúbal II, inicialmente abrangendo a área geográfica do Centro de Saúde do Seixal, nomeadamente as freguesias de Arrentela, Aldeia de Paio Pires, Fernão Ferro e Seixal, alargando a sua intervenção para a Freguesia de Amora em 2011, representando um total de 157 981 habitantes segundo os dados preliminares dos Censos 2011. Segundo o Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde (SINUS), a 29 de Fevereiro de 2012, a UCC abrange um total de 141 975 inscritos segundo a sua área de intervenção, sendo que 55 493 inscritos pertencem à freguesia de Amora e 6 066 destes inscritos, possuem idades inferiores a 10 anos de idade.

Criada em Outubro de 2010, através da reforma dos CSP (Resolução do Conselho de Ministros n.º 195/05) e reconfiguração dos Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008) em ACES e respectivas Unidades Funcionais, das quais as UCC fazem parte, estando regulamentado a sua organização e funcionamento pelo Despacho n.º 10143/2009. A UCC Seixal, tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica do concelho do Seixal, visando a obtenção de ganhos em saúde, sendo o enfoque dos cuidados desenvolvidos em contexto comunitário, em articulação com as parcerias e bancos de recursos, actuando ao longo do ciclo de vida aos três níveis de prevenção.

Para dar resposta à sua missão, esta unidade é constituída por uma equipa multiprofissional, designadamente, por uma administrativa, uma assistente social, uma higienista oral, um médico e seis enfermeiros, dos últimos, três são enfermeiros especialistas, dos quais uma Especialista em Saúde Comunitária, uma Especialista Saúde Infantil e Pediátrica e uma Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Fisicamente, situa-se nas

instalações do Centro de Saúde do Seixal, funcionando cinco dias por semana das oito às vinte horas e aos fins-de-semana, das nove às dezassete horas ajustado às necessidades. A equipa intervém nos vários programas contratualizados pela UCC, nomeadamente no Programa Saúde Sobre Rodas nos bairros da Cucena, Quinta do Cabral, 1º de Maio, Quinta da Princesa e Vale de Chícharos, este último figura o bairro onde o Estágio foi desenvolvido.

A preferência por este projecto de estágio prende-se não só com o interesse pessoal em adquirir experiência no âmbito da enfermagem comunitária, como também com a necessidade de adquirir competências no contexto da prestação de cuidados especializados nesta área, por outro lado, constituíram motivos determinantes as necessidades da equipa da UCC Seixal, que, por integrar o Projecto Saúde Sobre Rodas da Câmara Municipal do Seixal e pretender alargar esse mesmo projecto a outros bairros problemáticos do concelho no ano de 2011, formulou a proposta, na pessoa da enfermeira orientadora do estágio.

O Projecto de Estágio, elaborado previamente à concretização do mesmo, explana o que inicialmente foi planeado, servindo de base ao Estágio, pelo que o presente trabalho tem como objectivo:

- Descrever o que foi realizado;
- Explicar como foi realizado;
- Apresentar os dados recolhidos;
- Enunciar as alterações a que foi sujeito o projecto de estágio;
- Realizar uma avaliação integral do mesmo

Este trabalho encontra-se dividido em quatro partes, a primeira procura enquadrar a importância do diagnóstico prévio de saúde, enquanto parte inicial e fundamental de qualquer projecto de intervenção comunitária, apresentando para isso os objectivos do primeiro módulo, bem como as actividades desenvolvidas e os recursos e estratégias utilizados no seu desenvolvimento.

Numa segunda parte é apresentada a priorização de necessidades identificadas nos resultados do diagnóstico de saúde, descrevendo reflexivamente os objectivos traçados, bem como as actividades desenvolvidas e os recursos utilizados no módulo II.

A terceira parte deste trabalho, pretende enunciar aos objectivos desenvolvidos no módulo III de estágio, onde é concretizada uma descrição reflexiva das actividades e dos recursos e estratégias utilizados, bem como a avaliação do estágio.

Ao longo do trabalho será descrita a pertinência deste estágio, no que diz respeito ao contexto da saúde e ao seu enquadramento legal; às competências de especialista em enfermagem comunitária adquiridas. No relato do trabalho desenvolvido será também referida a importância do planeamento em saúde, do empowerment comunitário e a pertinência da intervenção de proximidade com comunidades multiculturais.

No final, será realizada uma análise crítica global do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, enunciando os pontos positivos e negativos, bem como as principais dificuldades e limitações, de uma forma reflexiva e apresentando sugestões de aperfeiçoamento para o futuro.

2. CONHECER VALE DE CHÍCHAROS

O Estágio emerge como a oportunidade, enquanto aluna do curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária, de colocar em prática todo o saber teórico apreendido no referido curso e procurar desenvolver competências profissionais nesta área de especialização.

Surgiu assim, a necessidade de realizar um projecto de estágio, com a intenção de planear as matérias a desenvolver nos três módulos, apresentando como fim uma mudança, isto é, o *“uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”* (Imperatori e Giraldes, 1993). Planear em saúde revela-se de extrema importância ao nível da saúde comunitária, onde há necessidade de conhecer uma determinada comunidade e envolver as várias partes interessadas para atingir o fim pretendido.

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

Desta forma, a UCC surgiu como um campo de estágio desejado, escolhida inicialmente para realização dos módulos I e II, nomeadamente na UCC Seixal, não só pela proximidade geográfica do ponto de vista de deslocação pessoal, mas também por pertencer à área de abrangência do Hospital onde neste momento a redigente exerce funções. Após reunião com a Enf.ª, Coordenadora da UCC Seixal, tornaram-se conhecidos os projectos que estavam a ser realizados pela UCC e também das necessidades reais da mesma. O diagnóstico de situação de saúde de alguns bairros sociais ainda não tinha sido efectuado e era um propósito de trabalho da unidade para o corrente ano, integrando o Projecto Saúde Sobre Rodas.

O Projecto Saúde Sobre Rodas, é um dos muitos projectos em curso abrangido pelo Projecto Seixal Saudável dinamizado pelo município do seixal, numa rede de parceria intersectorial, desenvolvendo programas e acções conducentes à melhoria da saúde e da qualidade de vida e que promovem a participação da comunidade ao longo deste processo, integrando as Cidades Saudáveis. O movimento Cidades Saudáveis iniciou-se na Europa em

1986, partilhando princípios e conceitos comuns, incluindo suporte ao processo de tomada de decisão da comunidade para a promoção da saúde. Este movimento suporta a estratégia dos cuidados primários e os princípios da promoção da saúde, sugerindo que as cidades e comunidades saudáveis devem ser sustentáveis quer do ponto de vista ambiental quer social (Stanhope e Lancaster, 2011).

A escolha de campo de estágio na UCC Seixal, vai ao encontro das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tal como define o preâmbulo do seu Regulamento nº 128/2011, o especialista em enfermagem comunitária adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal, intervindo deste modo em múltiplos contextos, assegurando desta forma, o acesso a cuidados de saúde, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.

Ocorre desta forma a actualidade da Declaração de Adelaide (1988), estabelecida na Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, que reconheceu há mais de vinte anos, que a igualdade no acesso aos serviços de saúde, particularmente quanto aos cuidados primários, é um aspecto vital da equidade em saúde e que uma política pública saudável reconhece como peculiar a cultura de povos indígenas, minorias étnicas e imigrantes.

Segundo o Regulamento nº 128/2011, o enfermeiro especialista em saúde comunitária responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários.

A pertinência deste projecto é também corroborada pela metodologia de planeamento da saúde, em que, para identificar as necessidades da comunidade, é fundamental a realização do diagnóstico da situação que, como referem Imperatori e Giraldes (1993) é o “*primeiro passo*” do processo lógico que é o planeamento. O mesmo autor realça que “*a concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou actividades*”, emergindo desta forma os objectivos gerais do estágio:

- Realizar o Diagnóstico de Situação de Saúde no Bairro de Vale de Chícharos;
- Implementar um projecto de intervenção na comunidade de Vale de Chícharos.

Importa referir que os objectivos acima referidos foram alcançados e, de forma a proceder à exposição dos mesmos, será realizada a descrição dos objectivos específicos, actividades, recursos e estratégias desenvolvidas ao longo dos três módulos do estágio, descrição esta, que terá como base o portfólio elaborado no decorrer do mesmo. Destaca-se o facto de serem integradas, pela pertinência que assumem do ponto de vista pessoal, análises reflexivas, dificuldades sentidas e limitações identificadas, no que se conclui ter constituído uma

oportunidade de crescimento enquanto profissional e de aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados especializados, no contexto de enfermagem comunitária, num processo que é sentido como tendo sido de evolução crescente, e como uma oportunidade de emancipação do ponto de vista profissional e pessoal.

Numa primeira fase decorreu o módulo I, no período de 25 de Abril a 18 de Junho, que tal como refere o título, pretendeu conhecer o bairro de Vale de Chícharos, pelo que foram definidos como objectivos específicos deste módulo:

- Caracterizar a população demográfica, social e culturalmente;
- Identificar os principais problemas de saúde da população;
- Conhecer os recursos de saúde utilizados pela comunidade.

Nos parágrafos seguintes serão descritas as actividades realizadas, bem como estratégias e reflexões críticas que decorreram ao longo primeiro módulo de estágio para concretização dos objectivos acima definidos, onde primeiramente será dado a conhecer o Bairro de Vale de Chícharos, seguido do diagnóstico de situação de saúde realizado no referido bairro.

2.1. O BAIRRO

Para conhecer o *bairro* foi fundamental contextualizar o concelho onde se inseria e os recursos existentes, de forma a permitir no futuro uma melhor articulação com os parceiros comunitários que intervêm em Vale de Chícharos. Importa assim referir os passos que foram percorridos:

- Análise do diagnóstico social efectuado pela Rede Social do Seixal;

O diagnóstico social do seixal, realizado pela Câmara Municipal do Seixal, permitiu tomar conhecimento, tal como o nome indica, da situação do município do Seixal a nível do território, da dinâmica da população/famílias, da estrutura habitacional, da caracterização socioeconómica, ambiente e salubridade, do panorama de saúde e da acção e recursos cívicos.

Importa referir que os dados utilizados no diagnóstico anteriormente referido dizem respeito ao ano de 2009, utilizando também dados dos censos 2001, o que criou a necessidade de procurar dados mais recentes, nomeadamente dos censos realizados no ano de 2011, no entanto, à data da realização deste relatório, estes dados ainda não se encontram publicados, o que constituiu uma limitação.

- Reunião com os responsáveis da Junta de Freguesia da Amora;

Vale de Chícharos insere-se na freguesia de Amora, pelo que se tornou necessária a marcação de reunião com um representante da Junta de Freguesia da Amora, que teve lugar

no dia 10 de Maio e que contou com a presença da Socióloga da Junta de Freguesia. No decorrer da reunião foi dado conhecimento do objectivo de estágio e da necessidade de existir um melhor conhecimento da realidade do *bairro*.

Após a concretização da reunião acima referida foram facultados documentos com a recente contextualização de Vale de Chícharos, realizado pela Divisão de habitação da Câmara Municipal do Seixal em 2004. A análise dos mesmos permitiu perceber que Vale de Chícharos não é considerado um bairro social, mas sim um bairro de natureza ilegal, designado como “*outros núcleos habitacionais*” pela divisão de Acção Social da Câmara Municipal do Seixal. Segundo a mesma fonte, no ano de 2004 foram contabilizadas como residentes no bairro 152 famílias, perfazendo um total de 473 pessoas, tendo sido estes dados essenciais para definir a amostra para a realização do diagnóstico de situação.

- Reunião com os parceiros intervenientes em de Vale de Chícharos;

A **CRIAR-T Associação de Solidariedade** é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que nasceu de um grupo de voluntários constituído em 1996 e desde então tem vindo a intervir no *bairro*. Esta associação tem um elevado reconhecimento por parte dos moradores do *bairro*, tendo, ao longo destes dezasseis anos de intervenção, integrado nas suas actividades, várias gerações de residentes de Vale de Chícharos, motivo pelo qual se considerou pertinente conhecer o trabalho que nela se desenvolve bem como os seus colaboradores.

Esta instituição possui Creche e Jardim de Infância e ainda um Centro Comunitário. A Creche recebe 15 crianças com idades compreendidas dos 3 aos 4 anos. No início do Estágio e no que se refere ao jardim de infância, encontrava-se organizado em duas salas, designadas por sala I e II que contavam com 24 crianças, dos 3 aos 4 anos de idade e 25 crianças de idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos, respectivamente. Para além da Creche e do Jardim de Infância a CRIAR-T possui um Centro Comunitário, que contempla vários serviços, nomeadamente a Animação Sociocultural; o Grupo Desportivo; Programa de Férias; Atendimento Jurídico; Ponto de Encontro e Conversas de Chá, dirigido à 3ª idade com o intuito de dinamizar convívio aos utentes da CRIAR-T; Psicologia; Gabinete de Apoio à Família, Gabinete de Acção Social e ainda um Centro Lúdico com um total de 145 crianças e jovens inscritos, dos 4 aos 17 anos de idade; sendo objectivo da instituição que este constitua um espaço frequentado no período pós-escolar, de forma a ocupar os tempos livre de uma forma lúdico-pedagógica.

Para desempenhar a sua actividade a CRIAR-T procurou adequar e criar as suas infra-estruturas e recursos, sendo que neste momento possui uma sala de Creche, duas Salas de Jardins-de-infância, uma sala de Centro Lúdico, três gabinetes de apoio social e um gabinete de psicologia, contando diariamente com três educadores de infância, duas assistentes operacionais, três assistentes sociais e uma psicóloga. Inicialmente implementada em Vale de

Chícharos para desenvolver a sua actividade neste bairro, a equipa de profissionais da CRIAR-T aumentou a sua área de abrangência e actualmente presta apoio aos residentes mais carenciados nas localidades do Fogueteiro, Paivas, Foros da Amora, Soutelo, Belverde e Verdizela, com o objectivo de promover a inclusão social, adequar as respostas às necessidades da população, estimular o exercício da cidadania e participação social e assim “*ajudando a criar um futuro melhor*” (Centro Comunitário, 2005)

Foi criada a oportunidade de realizar uma visita guiada ao bairro, acompanhada pela Psicóloga da CRIAR-T e a primeira sensação experienciada foi a de estar a entrar num local fora de Portugal, pela degradação das condições de habitabilidade observadas. O bairro de Vale de Chícharos, mais conhecido por bairro da *Jamaica*, é um bairro de génese ilegal, situado numa zona central do Fogueteiro e que goza de boa acessibilidade. Este bairro cresceu a partir da ocupação de prédios com construções devolutas, ainda em processo de construção, dando origem a canalizações e ligações eléctricas ilegais (Anexo I). De referir que já se procedeu ao realojamento de várias famílias, mas cujas habitações voltam a ser reocupadas, traduzindo-se numa grande flutuabilidade populacional de cariz predominantemente ilegal. A população deste bairro caracteriza-se pela multiculturalidade, com predomínio da cultura cigana e africana

Destaca-se ainda o problema de saúde ambiental que existe no bairro, uma vez que a existência de ligações eléctricas e abastecimento de água ilegais, sem qualquer controlo ou protecção, constitui um perigo iminente. Para além disso, o saneamento básico de águas é inexistente, com zonas de águas paradas e fossas improvisadas. Constata-se ainda como costume da população a não colocação de lixos nos contentores e existência dejectos ao ar livre, o que por si só, constitui também um grave problema de saúde pública

Estas primeiras actividades e primeiro contacto com a realidade do *bairro* foram essenciais para um conhecimento mais aprofundado dos recursos da comunidade, traduzindo-se numa mais-valia, uma vez que permitiram adequar de uma forma mais correcta as respostas específicas para responder às necessidades desta comunidade.

2.2. O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

As necessidades da comunidade de Vale de Chícharos tornaram-se conhecidas através do diagnóstico de situação, pelo que a sua realização foi imprescindível. Segundo a metodologia do planeamento da saúde “*em qualquer processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação*” (Imperatori e Giraldes, 1993), pelo que o mesmo será descrito de seguida.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o formulário (Anexo II) desenvolvido e testado por Teresa Figueiredo (2009) e Isabel Nunes (2010) a quem foi solicitada autorização para a sua aplicação (Anexo III), adaptado do formulário de Castro, Galieta e Lacroix (2007).

Foi solicitada autorização prévia ao Director do ACES Seixal-Sesimbra, para aplicação dos formulários (Anexo IV). Posteriormente concretizou-se uma reunião formal marcada pela orientadora de estágio com o presidente da CRIAR-T, onde foi explicado o objectivo de estágio, procurando também materializar o objectivo de conhecer a experiência do dirigente associativo neste bairro, ao longo destes anos de intervenção.

Após conhecimento da problemática real e da primeira visão do bairro, procedeu-se à aplicação de formulários junto da comunidade, tendo para o efeito recorrido à utilização das instalações da CRIAR-T, estratégia sugerida pelos colaboradores da CRIAR-T, por motivos de segurança. Desta forma, foram solicitadas as instalações da CRIAR-T para aplicação dos formulários, para tal, foi cumprida a formalidade para obter a autorização necessária (Anexo V), tendo sido realizada a divulgação da realização do diagnóstico de saúde através de uma nota informativa à população em locais estrategicamente seleccionados de modo a informar o maior número da população (Anexo VI).

A aplicação dos formulários foi realizada no período compreendido entre 27 de Maio e 07 de Junho de 2011, às quartas-feiras, em horário pós-laboral, e de forma a abranger um maior número de pessoas, segundo informação dos dirigentes e colaboradores da CRIAR-T.

A amostragem definida para este estudo foi a não probabilística através do método acidental, isto é, *“formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”* (Fortin, 2009). Ainda de acordo com o mesmo autor *“os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado”*.

Foram aplicados 40 (quarenta) formulários, o que corresponde a cerca de 26,8% do total dos sujeitos. A definição da amostra procurou obter dados fidedignos e passíveis de serem generalizados à comunidade em estudo e que de alguma forma fosse representativa da população alvo.

A aplicação de formulários foi realizada em simultâneo com a colega de Especialidade, , permitindo a partilha do espaço e cooperação entre ambas, uma vez que foi utilizado o mesmo instrumento de colheita de dados, possibilitando, não só uma colheita de dados mais-célere , como também maior segurança, uma vez que os formulários foram aplicados em bairros não explorados e que são descritos como perigosos e problemáticos.

Após concretizar a colheita de dados, torna-se imprescindível proceder ao tratamento dos mesmos, para o efeito estão disponíveis vários programas informáticos que possibilitam a sua concretização. Surgiu como proposta da orientadora de estágio que a base de dados fosse

construída pelo responsável informático do ACES, tendo sido esta ideia muito bem recebida tanto pelo Director do ACES, pela possibilidade de utilização da mesma no futuro, como pela tutora de estágio.

Foram então necessárias várias reuniões informais com o Técnico informático, responsável da área informática do ACES Seixal-Sesimbra, no sentido de perceber qual o objectivo do nosso trabalho e quais os dados a serem trabalhados.

Desta forma, a base de dados foi criada integralmente pelo técnico informático, de acordo com o questionário, através do programa informático Epi Info. Embora tenha sido um trabalho muito minucioso, com necessidade de grande proximidade da nossa parte para construção do mesmo, constitui uma mais-valia, pois fica disponível no ACES uma base de dados que poderá ser utilizada noutros diagnósticos de saúde que possam vir a ser realizados.

Após a base de dados estar construída, houve então necessidade de várias formações informais por parte do técnico informático e mesmo ajuste no programa propriamente dito, de modo a facilitar a introdução de todos os dados. Com o objectivo desta introdução de dados ser mais rápida e eficiente, foi utilizada como estratégia, à semelhança da aplicação dos formulários, proceder à mesma em conjunto.

Por impossibilidade do técnico informático, não foi exequível a interpretação dos dados atempadamente. Este atraso e conseqüente necessidade de recuperação de tempo exigiu um esforço acrescentado para o início de intervenção da UCC no *bairro*, o tratamento e a análise dos dados em questão, bem como a vida profissional. No entanto, este constrangimento foi ultrapassado e os dados foram introduzidos no programa Epi Info e, posteriormente, procedeu-se à construção gráfica através do programa Microsoft Office Excel 2007.

Importa também referir que este atraso levou a que desenvolvesse o Módulo III do Estágio no mesmo local, o que me permitiu iniciar as intervenções no bairro perante as situações problemáticas de saúde detectadas no diagnóstico de saúde realizado, tal como de seguida é ilustrado.

2.2.1 RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Após tratamento dos dados chegamos então aos resultados que caracterizam o estado de saúde da comunidade de Vale de Chicharos. O método utilizado para o tratamento dos dados foi o da análise quantitativa, através da estatística descritiva. Segundo Fortin (2009) *“a estatística permite, com a ajuda das estatísticas descritivas, resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra”*.

No que respeita à caracterização do agregado familiar, condições habitacionais, estado de saúde da população e expectativas da população realizada através do diagnóstico de saúde, os resultados poderão ser consultados na íntegra em anexo (Anexo VII).

No entanto, interessa enunciar alguns resultados no presente relatório, de modo a conhecer o âmbito do estágio e de realização do mesmo, nomeadamente no que diz respeito à população de Vale de Chicharos, logo, é necessário enunciar que esta apresenta um elevado número de crianças e jovens, sendo que dos sujeitos da amostra, 90 têm idades superiores a 18 anos e, 50 desses elementos têm idade inferior a 18 anos, com a distribuição de idades que serão demonstradas nos gráficos n.º 1 e 2.

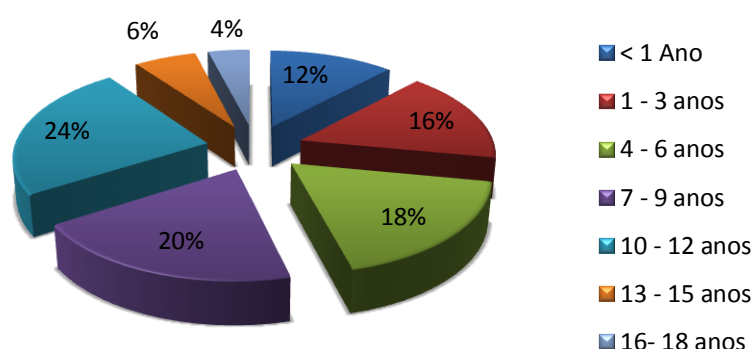


Gráfico n.º 1 – Distribuição dos elementos com idade inferior a 18 anos, por faixa etária

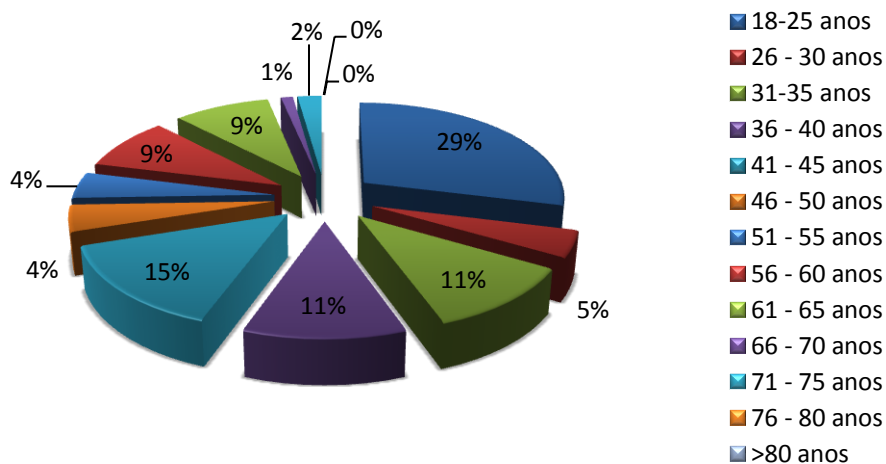


Gráfico n.º 2 – Distribuição dos elementos com idade superior a 18 anos, por faixa etária

Relativamente às nacionalidades, tal como explanado no diagnóstico de saúde do Seixal, relativamente ao bairro de Vale de Chícharos, as nacionalidades e consequentes culturas variadas são também uma realidade neste bairro, tal como podemos observar no gráfico n.º 3.

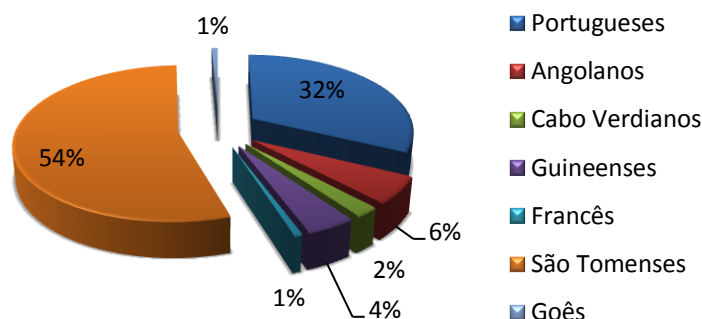


Gráfico n.º 3 – Distribuição dos sujeitos segundo a nacionalidade

Quanto à escolaridade, verifica-se que 36 elementos estão a estudar, o que corresponde a cerca de 26% da amostra total. Destes, constata-se que a maior percentagem, com 36%, frequenta o 1º Ciclo do Ensino Básico. Em segundo lugar, com 24%, encontram-se os elementos a frequentar o 2º Ciclo do Ensino Básico. De referir que 20% dos elementos estudantes, frequenta um Curso Profissional e os Trabalhadores-Estudantes correspondem a 7% dos estudantes.

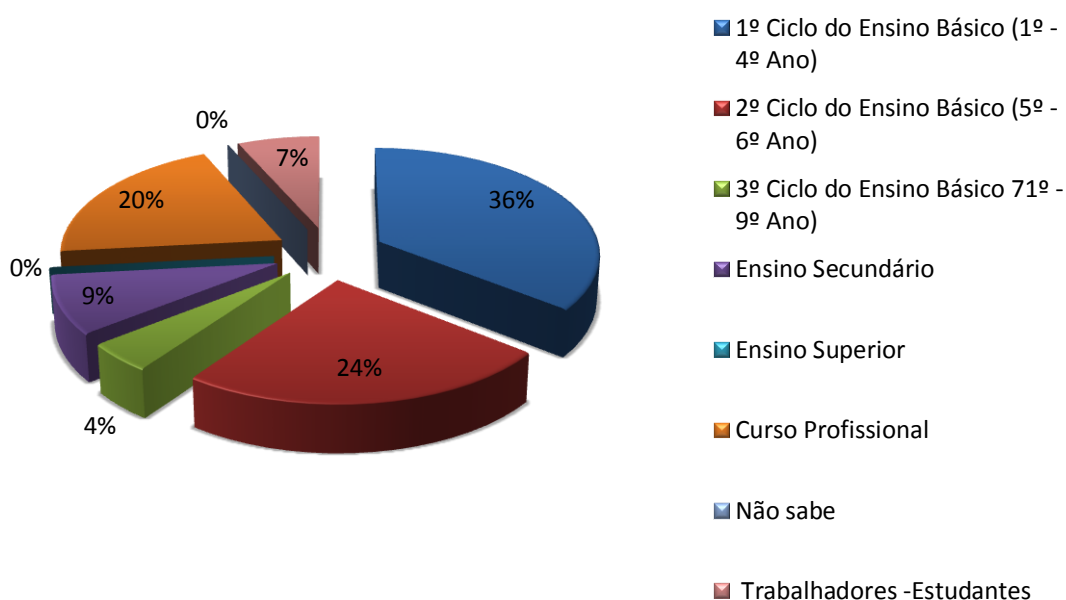


Gráfico n.º 4 – Distribuição dos elementos segundo a escolaridade que frequentam

No que diz respeito à situação laboral, representa 77 sujeitos do total dos inquiridos, isto é, 55% da amostra total em estudo. Destes, 34 % são trabalhadores, sendo que 43% estão desempregados e 11% nunca trabalharam. A população reformada corresponde a cerca de 10% dos elementos.

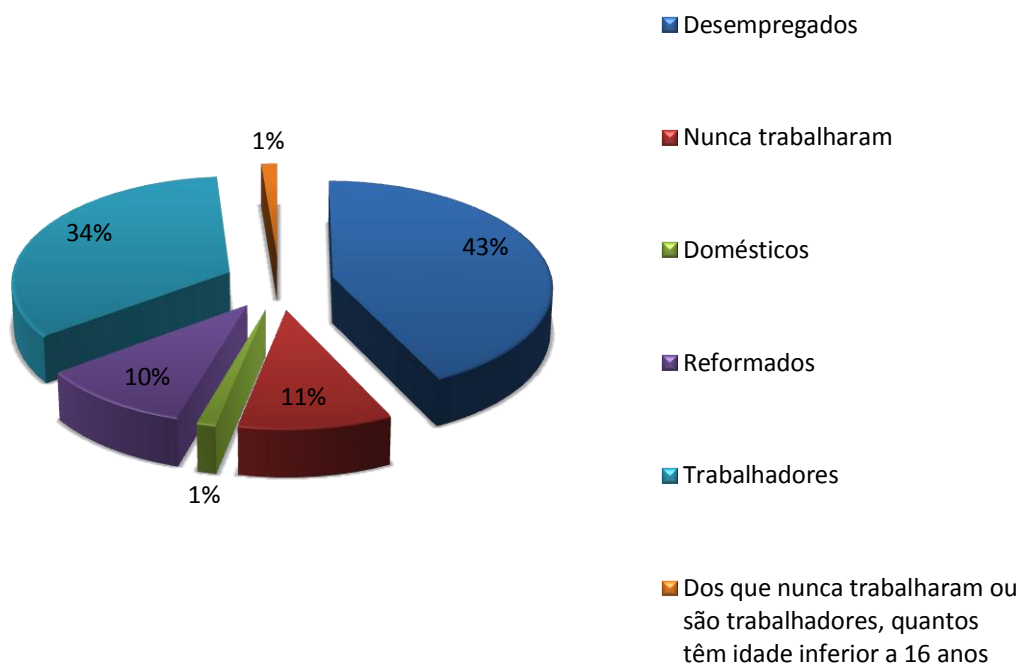
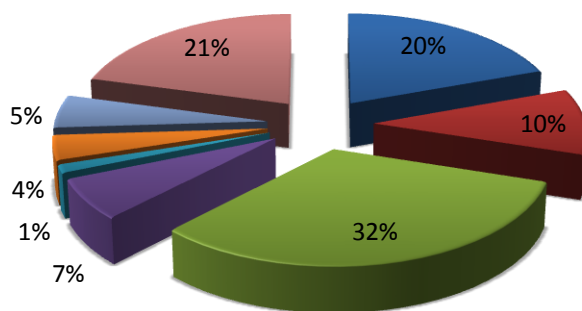


Gráfico n.º 5 – Distribuição dos elementos por situação laboral

Quanto ao grau de instrução, destes mesmos inquiridos, verifica-se através da análise do gráfico n.º 6, que a maioria dos sujeitos, 32%, possui o 3º ciclo de ensino básico, seguindo-se 21% dos sujeitos sem grau de instrução e 20% dos sujeitos com o 1º ciclo do ensino básico. O curso profissional e o académico têm menor expressão nos sujeitos, com 4% e 1% dos sujeitos respectivamente.



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

Gráfico n.º 6 – Distribuição dos elementos segundo o grau de escolaridade

Há ainda a considerar, devido ao elevado número de sujeitos sem grau de instrução, que destes, 56% sabem ler e escrever e 44% são analfabetos.

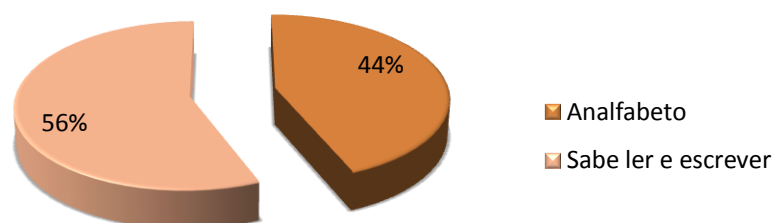


Gráfico n.º 7 - Distribuição dos elementos sem grau de instrução

No que respeita à caracterização do estado de saúde da população, foram vários os âmbitos explorados, nomeadamente as inscrições no centro de saúde, a existência de médico de família, as vigilâncias de saúde realizadas pelos indivíduos, as patologias identificadas, as instituições de saúde onde recorrem mais frequentemente e as situações em que recorrem ao centro de saúde. Foi também explorado o consumo de substâncias, nomeadamente de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Destacam-se no presente trabalho algumas problemáticas identificadas e que deram origem à intervenção concertada no bairro de Vale de Chícharos.

A primeira problemática identificada, diz respeito ao médico de família, verifica-se que 62% dos inquiridos inscritos no Centro de Saúde da Amora não tem médico de família, tal como se observa no gráfico n.º 4.

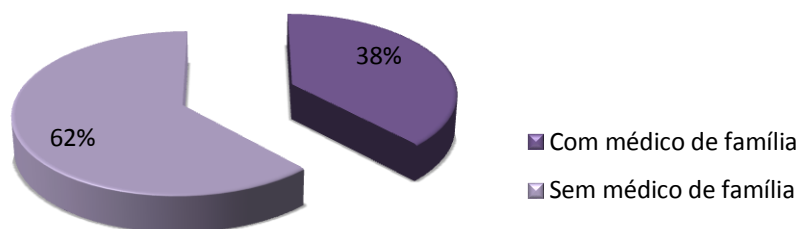


Gráfico n.º8 - Distribuição dos sujeitos inscritos no Centro de Saúde da Amora quanto à atribuição de médico de família

Estes dados estão de acordo com os dados do ACES, que segundo informação constante do SINUS, existem 14 681 utentes inscritos sem médico de família dos 40 632 utentes inscritos na freguesia de Amora.

No que se refere à vigilância de saúde, apenas 60% dos sujeitos referem realizar vigilância de saúde. Destes, verifica-se pelo gráfico n.º 5, que apenas 20% fazem consultas/análises de rotina; 27% dos inquiridos realizam Vacinação; 24% efectuam consultas de Saúde Infantil e que apenas 1% realizam Vigilância Oral.

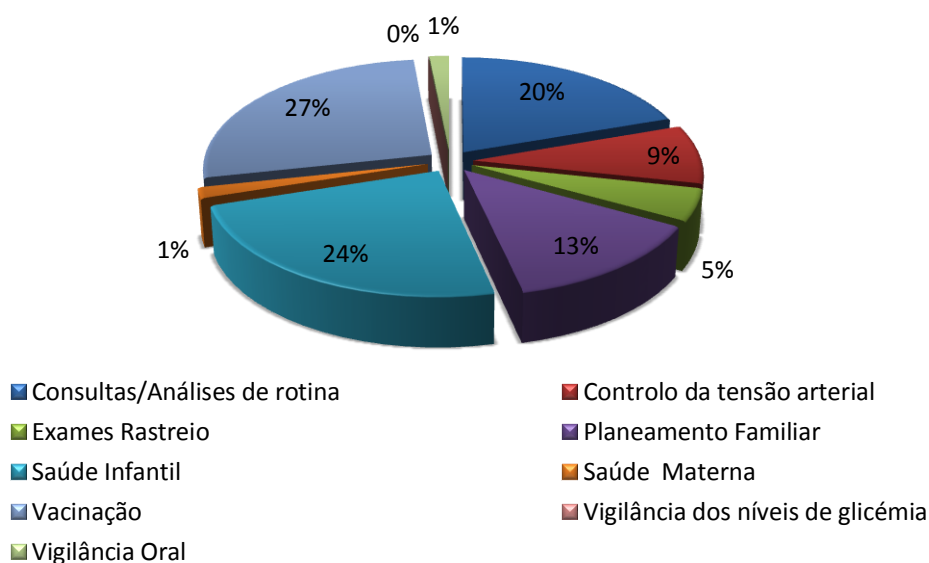
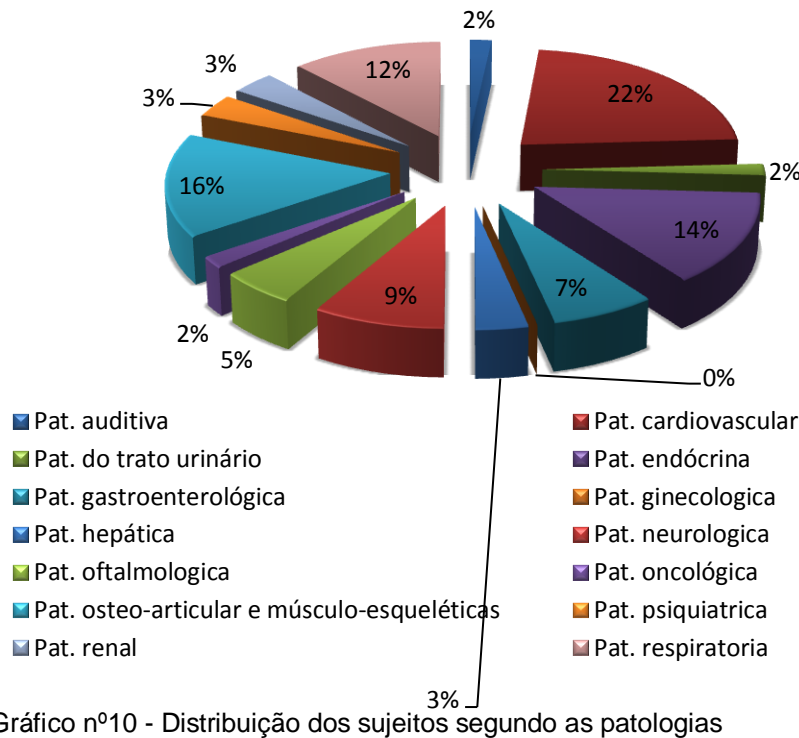


Gráfico n.º9 - Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de vigilância de saúde

No que diz respeito a Patologias, a análise do gráfico seguinte permite visualizar as diversas patologias referidas por 58 sujeitos da totalidade dos inquiridos, isto é, 41% da totalidade da amostra. Destes, 13% apresentam patologia endócrina, no entanto nenhum dos inquiridos faz vigilância de glicemia capilar. No caso da Patologia cardiovascular, 22% dos inquiridos referem possuir, mas apenas 9% fazem controlo da tensão arterial.



. A partir do conhecimento destas problemáticas, torna-se imperativo actuar/ intervir sobre as mesmas, pois o diagnóstico “*é um instrumento para pôr em prática*” (Imperatori e Giraldes, 1993).

A concepção de saúde dos sujeitos inquiridos foi analisada segundo o método qualitativo, isto é, a análise de conteúdo das mensagens, que pretende enriquecer a tentativa exploratória e aumentar a propensão à descoberta (BARDIN, 1977,p.29). Para a maioria destes sujeitos, viver com saúde significa estar **ausente de doença**, considerando os **hábitos saudáveis** como essenciais para **o bem essencial que é a saúde**, tal como se pode observar nos resultados do diagnóstico de saúde (Anexo VII). Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1993,p.46) as soluções para os problemas têm de ter em conta as atitudes, opiniões, crenças e imagens da população em relação à saúde

Para além dos dados obtidos através dos resultados dos formulários aplicados, a problemática ambiental e de saúde pública não pode de todo ser ignorada, pelo que se

procedeu a um levantamento fotográfico que identificasse os principais problemas, nomeadamente a acumulação de lixo doméstico em locais indevidos, a ausência de saneamento básico e a existência de canalização ilegal com conseqüente extravasamento de água e criação de águas paradas na superfície dos solos são alguns exemplos. (Anexo VIII).

Assim, o primeiro passo após conhecimento dos resultados do diagnóstico de situação e última actividade realizada neste primeiro módulo foi a partilha dos dados do referido diagnóstico, com os Enfermeiros da UCC Seixal e Director Executivo do ACES Seixal-Sesimbra e intervenientes comunitários.

Em sùmula, esta primeira parte revela o que foi desenvolvido no primeiro módulo de estágio, que se iniciou com o conhecimento do local de estágio e as carências do mesmo. Houve necessidade de conhecer o bairro onde se pretendia intervir, bem como os parceiros comunitários intervenientes. Esta pesquisa permitiu ainda conhecer a realidade do campo de estágio e auxiliar a definição de estratégias de intervenção e o planeamento de actividades.

De referir que há actividades e recursos que foram iniciadas neste primeiro módulo mas que são transversais a todo o estágio e que se iniciaram neste módulo, nomeadamente, as reuniões informais e formais com a Enf.^a Orientadora e Professora Tutora de Estágio, essenciais para fazer um ponto de situação do desempenho enquanto estudante, bem como tomar conhecimento de aspectos a melhorar e a desenvolver, que se revelaram de extrema importância para adquirir competências de enfermeira especialista e levar o estágio a bom porto. Destaca-se ainda como actividade transversal a todo o estágio a pesquisa bibliográfica, indispensável para seguir a metodologia científica e de trabalho adequada, bem como para aprofundar conhecimento na área de saúde comunitária, mais propriamente de enfermagem comunitária, sempre na procura de documentação actual.

Como recursos humanos presentes enumera-se, para além das Enfermeiras Orientadora e Tutora de Estágio bem como a Equipa da UCC, sempre disponíveis para ultrapassar as dificuldades que se foram revelando; os parceiros comunitários, desde a Câmara Municipal do Seixal; outros serviços disponíveis no ACES, tal como a Unidade de Saúde Pública e a Higienista Oral; bem como a CRIAR-T Associação de Solidariedade, na pessoa do seu Presidente e colaboradores, recursos humanos que estarão presentes também ao longo deste relatório

As instalações da UCC são outro recurso a destacar, utilizadas inúmeras vezes como recurso físico, quer para reuniões, quer para realização do trabalho desenvolvido no referido estágio, assim como as instalações da CRIAR-T e a Unidade Móvel.

Este primeiro módulo vai ao encontro da primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, nomeadamente, a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, explanado também no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, como unidade de competência.

A definição do diagnóstico torna possível o início da actuação (Imperatori e Giraldes, 1993), assim, seguindo esta metodologia, é primordial conhecer os problemas para podermos intervir sobre eles.

3. CONHECER PARA INTERVIR

A fase seguinte da metodologia que está a ser utilizada é a definição de prioridades, isto é, o diagnóstico de situação deve terminar sempre com uma lista de problemas, sobre os quais vai cair a escolha dos que se pretendem solucionar ou minimizar. Porque os recursos são escassos, torna-se então necessária a seguinte etapa do processo de planeamento, a determinação das prioridades (Tavares, 1990), surgindo então como objectivo específico realizado no módulo II de estágio, que decorreu no período de 26 de Setembro a 19 de Novembro.

De forma a esclarecer como este objectivo foi concluído, será descrito nos parágrafos seguintes a forma como foi realizada a priorização das necessidades identificadas no diagnóstico de saúde, concretizado no primeiro módulo.

3.1. PRIORIZAÇÃO DE NECESSIDADES

Determinar prioridades não estabelece que sejam ignorados outros problemas identificados no diagnóstico de situação de saúde, nem manifesta que não poderá haver um projecto de segunda ou seguintes prioridades. A prioridade indica a direcção que o projecto deve tomar, daí a necessidade de formular objectivos que permitam alcançar os resultados pretendidos de forma eficaz e eficiente (TAVARES, 1990).

Face às necessidades identificadas, foi estabelecida a prioridade das mesmas através de reunião e discussão de peritos, tal como refere Imperatori e Giraldes (1993) a responsabilidade desta fase é do grupo de planeamento, sendo conveniente que o mesmo seja alargado especificamente para esta tarefa, aumentando desta forma a participação, com as previsíveis vantagens de adesão ao plano e conseqüente melhoria do resultado final.

Desta forma, após reunião com a Enf.^a Coordenadora da UCC e equipa de enfermagem, técnicos de saúde pública do ACES, técnicos da divisão do Seixal Saudável da Câmara Municipal do Seixal, Presidente da Associação de Solidariedade CRIAR-T de Vale de Chicharos e Tutora de estágio, foram estabelecidas como prioritárias as seguintes necessidades:

- **Actualização do PNV nas crianças e jovens;**
- **Vigilância da saúde oral das crianças até aos 7 anos;**

- Capacitar os moradores para uma correcta gestão dos lixos.

Tal como referido anteriormente, sendo esta uma nova comunidade de intervenção da UCC Seixal, houve necessidade de definir o plano de acção do Programa Saúde Sobre Rodas no Bairro de Vale de Chícharos, tendo colaborado na sua elaboração, para posterior enquadramento no Plano de acção da UCC Seixal, que aguarda aprovação pela Equipa Regional de Apoio (ERA).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), os objectivos deverão ser fixados em relação aos problemas definidos como prioritários, exigindo a determinação da evolução dos problemas e da respectiva tendência, tendo sido definidos pela UCC os seguintes objectivos:

- Até Dezembro de 2012, 95% das crianças e jovens residentes no bairro, deverão ter o PNV actualizado, com o indicador de execução: N° de crianças e jovens com PNV actualizado / N° total de crianças e jovens identificados $\times 100=95\%$

- Até Dezembro de 2012, 60% das crianças até aos 6 anos, residentes no bairro, deverão ter realizado vigilância oral cujo indicador de execução será: N° de situações de encaminhamento de saúde oral de crianças até aos 6 anos / N° total de crianças até aos 6 anos residentes no bairro $\times 100=60\%$

- Capacitar moradores do bairro para comportamentos de vida saudáveis, ao longo do ciclo de vida e no âmbito da saúde pública e ambiental,

Para ser alcançado, este último objectivo, implica acções a desenvolver por diferentes sectores, tais como o saneamento básico e as condições habitacionais. Tendo em conta este objectivo final, definem-se dois níveis de objectivos intermédios, e numa tentativa de quantificar o mesmo propõem-se indicadores de resultado mais significativos.

- Dotar de conhecimento líderes de bairro sobre a contaminação de solos e necessidade de correcta gestão e acondicionamento de lixos domésticos, definindo-se como indicador de execução: N° de líderes que participaram nas sessões de formação ambiental / N° de líderes do bairro $\times 100=60\%$

- Regular os comportamentos de gestão de lixo dos através dos líderes do bairro sendo o indicador de execução contabilizado através do N° de líderes que se disponibilizaram a participar na disciplina do bairro / N° de líderes presentes nas sessões de formação ambiental $\times 100=70\%$

Estes objectivos servirão de base para a definição dos objectivos propostos no projecto de intervenção de estágio, uma vez que há necessidade de enquadrar os objectivos que se pretende atingir no prazo disponível. O planeamento a curto prazo, habitualmente é menos ambicioso, por utilizar quase sempre os recursos e tecnologias disponíveis na área (Imperatori

e Giraldes, 1993). Na terceira parte deste relatório será possível constatar que o factor tempo e recursos disponíveis foram tidos em conta na intervenção realizada em Vale de Chícharos, antes será, contudo, relatado como se iniciou essa intervenção.

3.2. O INÍCIO DA UNIDADE MÓVEL NO BAIRRO

É relevante referir que a priorização das necessidades foi realizada em simultâneo com o início de intervenção da UCC Seixal no bairro com recurso à Unidade Móvel, sendo a unidade móvel disponibilizada pela Câmara Municipal do Seixal, no âmbito do projecto de parceria *Saúde sobre Rodas*.

O Projecto Saúde Sobre Rodas iniciou a sua intervenção em Vale de Chícharos no dia 27 de Setembro, ou seja, a Orientadora de estágio teve a preocupação de aguardar pelo início do estágio para dar início à intervenção no bairro, ficando o horário estabelecido para as terças-feiras, das 14 às 17h, devido à disponibilidade da Enfermeira da UCC que dará continuidade ao projecto neste bairro e também da restante equipa da UCC.

A divulgação do projecto foi efectuada pelos Assistentes Sociais, Psicóloga da CRIAR-T e pela redigente, sendo que se avalia a presença da última como presença facilitadora para o início da intervenção no bairro, uma vez que tinha sido travado conhecimento anterior com muitos dos seus moradores por ocasião da aplicação dos formulários. Foi utilizada a estratégia de rentabilizar o momento de aplicação dos formulários procedendo simultaneamente à divulgação do início de intervenção no bairro, com recurso à unidade móvel a partir do mês de Setembro.

A afluência à unidade móvel considera-se muito boa e a intervenção foi iniciada à luz do que fora encetado noutros bairros onde o projecto Saúde Sobre Rodas já está instituído, procedendo ao preenchimento de uma ficha familiar e uma individual, onde se colhe informação do utente relativamente ao médico de família, bem como vigilâncias de saúde e antecedentes pessoais. Posteriormente, na UCC, através do programa SINUS, procura-se o médico e o enfermeiro de família da respectiva família, a Unidade de Saúde a que pertence, bem como o estado vacinal da família. Esta informação é essencial para tomar conhecimento dos recursos de saúde existentes, nomeadamente, no que diz respeito a necessidade de encaminhamentos e partilha de informação com o enfermeiro ou médico de família.

Inicialmente a catalogação começou por um arquivo organizado pelo nome da família, esta opção teve contudo que ser alterada, devido à grande flutuação e mobilidade dos habitantes e à variedade de opções de apelidos dentro de um só agregado familiar, tornou-se inviável a ficha por nome familiar, pelo que a organização passou a ser pela morada, uma vez que apenas existe uma rua no bairro. A catalogação passou então a ser realizada pelo lote ou número da habitação, onde se verificou, por vezes, existir alguma dificuldade na análise desta

informação, pelo facto de se ter constatado, viver mais do que um agregado familiar numa habitação.

Importa assim falar na família como um recurso primordial em contexto de intervenção, pois esta representa a unidade central no contexto da comunidade, tal como referem Friedman, Bowden e Jones (2003), quando a família se foca nos cuidados de saúde adopta comportamentos saudáveis, os membros da família influenciam-se mutuamente, pelo que a abordagem no contexto familiar beneficia a perspectiva holística.

A saúde de um indivíduo afecta o funcionamento de toda a família, que por sua vez afecta a saúde dos indivíduos, logo a abordagem à família envolve simultaneamente os membros individuais do sistema familiar como um todo e da comunidade em que a família se insere (Stanhope e Lancaster, 1999). Neste início de intervenção em Vale de Chícharos foi possível não só conhecer os indivíduos e famílias, como também ligações e relações entre moradores do bairro e famílias, que acabam por constituir pequenos grupos.

Interessa destacar o papel dos grupos na comunidade. Entende-se por grupo *“um conjunto de indivíduos que interagem e que têm uma ou mais finalidades comuns”* (Stanhope e Lancaster, 1999), no caso de Vale de Chícharos foi possível detectar nesta primeira abordagem grupo informais, isto é, grupo cujos *“laços entre os membros são múltiplos e as finalidades não são escritas, embora sejam compreendidas pelos membros”* (Stanhope e Lancaster, 1999),

A abordagem dos grupos numa comunidade tem toda a sua pertinência, pois traduz um veículo de mudança na mesma, o grupo reduzido tem o potencial de influenciar e mudar a comunidade social mais ampla da qual faz parte, pois cada membro do grupo influencia e é influenciado pelos outros membros do grupo, sendo um veículo eficaz e poderoso para iniciar e implementar mudanças saudáveis, pelo que definem que trabalhar com grupos é uma capacidade importante para os enfermeiros comunitários (Stanhope e Lancaster, 1999). Tal vem explanado também no seu regulamento de competências, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Esta capacitação vem descrita por muitos autores no que concerne à promoção da saúde e intervenção comunitária. Segundo Laverack (2008) a promoção da saúde é toda a actividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades. A sua abordagem prática tem vindo a ser definida e legitimada por várias declarações internacionais sobre a promoção da saúde, nomeadamente na Declaração de Alma - Ata, de 1978, onde se destacava que para se concretizar a meta “Saúde para Todos”, se reconhecia que *“é um direito e dever dos povos participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação dos seus cuidados de saúde”*. Em 1986, a Carta de Otawa afirmou que *“a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”* em que *“(...) o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e*

realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio” (OMS 1986, p.3).

Assim, pode considerar-se a promoção da saúde como um processo que tem como objectivo aumentar as capacidades dos indivíduos de modo a que possam atingir e manter a sua saúde. Mas, para o sucesso da promoção da saúde, outro desafio emerge, que se entende por *empowerment*, segundo a Organização Mundial de Saúde, um processo contínuo, no qual os indivíduos e comunidades adquirem e ganham confiança, auto-estima, compreensão e poder necessários para estruturar os seus interesses, no sentido dessas acções preparem os próprios indivíduos de forma a ganharem controlo nas suas vidas (OMS, 2001).

Se forem consideradas as competências que possui o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, estas permitem participar não só na avaliação multicausal como nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, cooperando no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades (Regulamento n.º 128, de 20 de Novembro de 2010).

Esta capacitação da comunidade é também afirmada por Silva (2002) ao referir que os profissionais com conhecimentos especializados mais desenvolvidos são, em muitos casos, os desencadeadores das acções e até, inicialmente, os líderes da intervenção global, no entanto espera-se apenas a sua participação dinamizadora num papel de apoio ao funcionamento e organização autónoma do grupo.

Assim sendo, os enfermeiros especialistas intervêm estruturadamente numa lógica de parceria, incluindo os indivíduos no planeamento e prestação de cuidados que se lhe destinam. Tal significa que os enfermeiros são um recurso mas também um elemento da comunidade, que se encontram numa relação privilegiada de proximidade, promovendo uma maior capacitação dos indivíduos e comunidades no processo de tomada de decisão e numa maior consciencialização do seu papel no processo de saúde (Sousa, 2010).

Este módulo criou a oportunidade de proximidade com comunidade de Vale de Chicharos, com recurso à unidade móvel todas as terças-feiras, o que permitiu obter experiência no âmbito da enfermagem comunitária, contrária à minha experiência profissional e, possibilitou-me colocar em prática e desenvolver as competências de especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, intervindo numa comunidade com necessidades específicas, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados (Regulamento n.º 128, de 20 de Novembro de 2010).

A utilização de critérios objectivos que permitiram definir as principais prioridades em saúde, bem como a integração na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade são também critérios que integram a unidade de competência de estabelecer *“as prioridades em saúde de uma comunidade”* das competências específicas dos enfermeiros

especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, segundo Regulamento n.º 128/2011, as quais também foram desenvolvidas neste módulo II.

Realça-se mais uma vez a importância de planear, porque os recursos são escassos sendo necessário utilizá-los de forma mais eficaz e mais eficiente; porque é preciso intervir nas causas dos problemas, tendo como finalidade resolver o problema e prever o seu reaparecimento no futuro; porque é preciso definir prioridades, para poder definir aqueles onde se deve intervir de forma mais intensa (Imperator e Giraldes, 1993). Assim, de seguida, serão relatadas as problemáticas prioritárias que de forma mais intensa se desenvolveram no bairro de Vale de Chicharos.

4. A CAMINHO DA MUDANÇA

De acordo com a metodologia de planeamento em saúde, surge a necessidade de elaborar um projecto de intervenção no bairro de Vale de Chicharos, que visa a promoção da saúde da população residente no bairro ao longo do ciclo de vida.

A elaboração de programas e projectos, consiste essencialmente no estudo detalhado das actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia para que se possa atingir um ou vários objectivos, no entanto, os valores culturais fundamentais da população representa um factor a considerar na estruturação dos programas (Imperator e Giraldes, 1993).

A multiculturalidade, resulta da globalização e da mobilidade das pessoas. Ainda que a migração seja considerada uma característica do comportamento humano que se reflecte na história desde há muitos séculos, a imigração estabelece um desafio para as sociedades actuais que pode ser encarado como uma oportunidade, mas também como uma ameaça.

A crise económica e social que atravessa inúmeros países, associada aos grandes fluxos migratórios, traduz-se na necessidade de estabelecer políticas sociais e de saúde para os imigrantes e no agravamento de problemas como o desemprego e a inclusão de novas culturas que assistimos actualmente em Portugal.

O crescimento imigratório em Portugal, verificado nas últimas décadas, impeliu um impacto notável nas estruturas demográficas e sociais da população portuguesa e obrigou a um esforço de adaptação e gestão da nova realidade. Estima-se que a 31 de Dezembro de 2010, a população estrangeira residente em Portugal totalizava 445.262 cidadãos. (RIFA, 2010).

Como nacionalidades mais representativas surgem o Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Roménia, Angola e Guiné-Bissau, sem que se verifiquem alterações em termos das dez principais nacionalidades, face ao ano precedente. O Brasil mantém-se como a comunidade

estrangeira mais representativa, com um total de 119.363 residentes, a Ucrânia permanece como a segunda comunidade estrangeira mais representativa (49.505), seguida de Cabo Verde (43.979), Roménia (36.830), Angola (23.494) e Guiné-Bissau (19.817 cidadãos). Tal como é exposto no diagnóstico de situação do bairro de Vale de Chícharos, na comunidade deste bairro predominam as nacionalidades são tomense, angolana, guineense e cabo verdiana, incluídas nas dez principais nacionalidades mais representativas em Portugal em 2010 (ver gráfico n.º 3).

Muitos destes imigrantes, pelo menos temporariamente, encontram-se em situação de ilegalidade e, conseqüentemente, em situação de pobreza e exclusão social, situação esta que se traduz também em desigualdades no acesso à saúde tal como foi identificado também no início de intervenção da unidade móvel no bairro. Para que ocorra um processo de integração, é necessária uma adaptação tanto do imigrante como da sociedade de acolhimento.

Em Portugal foi criado o Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, actualmente chamado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Em 2010, foi aprovado na Resolução de Conselho de Ministros 74/2010, o II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013). Este plano tem como objectivo *“dar continuidade a uma nova geração de políticas sociais”*, referindo o acolhimento e a integração dos imigrantes como prioridades do XVII Governo Constitucional em várias áreas, nomeadamente na área da saúde.

A saúde dos imigrantes é um dos aspectos principais da integração, quer seja pela equidade no acesso aos cuidados de saúde e o peso que têm nos sistemas nacionais de saúde, quer seja pela possibilidade de aparecimento de novas epidemias até aqui controladas. O direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover está consagrado como um direito das pessoas no n.º1, do artigo 64º, da Constituição da República Portuguesa.

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90 de 24 de Agosto) institui, no nº1 da Base I, 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”*. Ainda na Base XXV da mesma lei, no âmbito dos beneficiários de saúde, é estabelecido que para além dos cidadãos portugueses, esta situação é alargada aos cidadãos nacionais de Estados membros da União Europeia e aos cidadãos estrangeiros em condições de reciprocidade e também aos apátridas, pelo que a prestação de cuidados de saúde em Portugal está assim dirigida às pessoas, independentemente da sua nacionalidade.

Assim sendo, é essencial integrar o conceito de cultura na prestação de cuidados de saúde, sendo que esta diversidade cultural faz-se acompanhar de uma multiplicidade de expectativas entre os diferentes grupos culturais, nomeadamente em relação à saúde e à doença. De acordo com a Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (2002), a cultura é *“o conjunto dos traços distintivos espirituais, materiais, intelectuais e afectivos que*

caracterizam uma sociedade ou um grupo social e que abrange, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças”.

A Enfermagem não ignora as alterações na sociedade portuguesa e no mundo tendo, enquanto profissão, o objectivo de prestar cuidados de enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo de vida e aos grupos sociais em que ele está integrado de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, n.º1 do Artigo 4º).

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 81º, o enfermeiro assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, assim como, abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida, não lhe impondo os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida; respeitando e fazendo respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa, criando assim condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos.

É elementar conhecer e compreender as diferentes culturas, assim como, os factores culturais que influenciam os cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade, implicando assim o conceito de enfermagem transcultural. Nesta perspectiva, a enfermagem é uma área de conhecimento centrada no estudo e na análise comparativa de diferentes culturas do mundo, sobretudo no que concerne às condutas relacionadas com os cuidados de saúde e com os valores, crenças e padrões de conduta relativos à saúde-doença (Lopes, 2000).

Tendo por base a ideia de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir os modos como experimentam e percebem os cuidados de enfermagem mas também como se relacionam com as suas crenças e práticas de saúde, Madeleine Leininger, na década de 50, desenvolveu um novo campo da enfermagem através da elaboração da sua teoria da enfermagem transcultural. Nesta, o cuidado humano assume-se como eixo central da profissão de enfermagem e os seus pressupostos gerais, relacionados com a cultura e o cuidar, sustentam a sua visão de que, culturas diferentes percebem e praticam cuidados diferentes ainda que possam existir elementos comuns a todas as culturas (Leininger, 1999).

Esta teoria desafia os enfermeiros a adquirir conhecimentos sobre valores de cuidados culturais, crenças e práticas, e usar esse conhecimento para cuidar de pessoas considerando que, quem desenvolve um trabalho que privilegia a proximidade com pessoas tão diferentes, em diferentes locais de abordagem e circunstâncias, deva compreender essas diferenças culturais. Os cuidados culturalmente congruentes remetem-nos para uma visão holística dos mesmos. O planeamento dos cuidados deve ser elaborado tendo em conta as necessidades do doente, família ou comunidade e ir de encontro às suas diferenças culturais. A competência necessária aos cuidados culturais torna-se indispensável para garantir na pessoa um sentimento de confiança e de reconhecimento por parte do profissional de saúde (Leininger, 1999).

Como tal, ocorre a necessidade dos enfermeiros desenvolverem um processo de competência cultural que lhes permita prestar cuidados de qualidade de forma a conceber, planear e implementar projectos de saúde de grupos ou comunidades, tendo em consideração as suas especificidades culturais e intervindo ao nível das diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas (Regulamento n.º 128, de 20 de Novembro de 2010).

A enfermagem transcultural, na sua prática, foca-se em conceitos de saúde/doença de indivíduos e grupos, respeitando as suas semelhanças e diferenças no que diz respeito aos valores culturais de forma a promover cuidados de enfermagem culturalmente congruentes e competentes. Desta forma, somos remetidos para a actual definição de crença cultural segundo a CIPE (2002), isto é, *“um tipo de crença com as características específicas: convicção e disposição pessoal para reter e abandonar acções tendo em conta os valores da cultura própria de cada um”*.

Esta contextualização e compreensão da multiculturalidade e da teoria de enfermagem transcultural, foram necessárias para planear as actividades que foram realizadas no bairro, pois, para que ocorra o empoderamento comunitário, é essencial o conhecimento profundo não só do estado de saúde da população, mas também da sua cultura, para podermos construir com a comunidade a mudança.

De seguida será descrito o que foi realizado no terceiro módulo do estágio durante o período de 21 de Novembro de 2011 a 28 de Janeiro de 2012.

4.1. O PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, há que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas (Imperatori e Giraldes, 1993). Desta forma, os objectivos específicos para o módulo III, decorrem do projecto de intervenção realizado tendo em consideração não só o espaço de dois meses de duração do presente módulo, mas também os objectivos gerais propostos pela UCC Seixal na intervenção no bairro de Vale de Chicharos para o ano de 2012 e o contributo para o início de realização dos mesmos. Foram propostos como objectivos específicos do projecto de intervenção:

- **Actualizar o PNV nas crianças até aos 10 anos inscritas na CRIAR-T;**
- **Realizar vigilância oral nas crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T;**
- **Instruir moradores sobre contaminação de solos e importância do correcto acondicionamento de lixos e suas implicações para a saúde.**

Tornou-se assim imperioso partilhar estes objectivos com os intervenientes comunitários no sentido de fidelizar parcerias e poder planear a execução dos mesmos. Assim, foram realizadas várias reuniões com os representantes da Câmara Municipal do Seixal, do Projecto

Seixal Saudável, bem como representantes da Unidade de Saúde Pública e da CRIAR-T para apresentação dos objectivos e concertação de intervenções a desenvolver, pois planear é a *“racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”* (Imperatori e Geraldès, 1993).

Um projecto de intervenção comunitária é sempre um projecto multidimensional que apela à colaboração inter-institucional e às organizações da comunidade (Silva, 2002). Para Ornelas e Moniz (2007), uma parceria deve ser sustentável no tempo e orientada para a intervenção na comunidade a longo prazo, pelo que deve, na senda de atingir os objectivos comuns, partilhar recursos e a coordenação. Foi isto que se pretendeu concretizar com as parcerias estabelecidas com a CMS, a USP e a CRIAR-T, cujo objectivo comum é o melhoramento da saúde da comunidade de Vale de Chicharos.

Para uma melhor compreensão do projecto de intervenção delineado, serão descritas as áreas de intervenção no que diz respeito aos objectivos acima referidos, nomeadamente, a vacinação, a saúde oral e a saúde ambiental, abordando a importância, pertinência e enquadramento destas áreas como contributos de melhoria do estado de saúde da população.

4.1.1. VACINAÇÃO

Tal como exposto anteriormente, do total dos formulários aplicado à amostra seleccionada, apenas 27% dos inquiridos referiram realizar vacinação. Ora, sendo a vacinação uma área primordial de intervenção dos cuidados de saúde primários, torna-se indispensável enquadrar a importância da vacinação em saúde.

As vacinas permitem salvar vidas e prova disso é que a partir da entrada em vigor do Plano Nacional de Vacinação (PNV), em 1965, verificou-se progressivamente a diminuição da mortalidade e morbilidade das doenças infecciosas que foram alvo de vacinação, verificando-se um elevado grau de imunização das mesmas.

No âmbito da prevenção, a vacinação é das intervenções com maiores ganhos, tendo-se controlado e eliminado doenças, com um impacto directo na mortalidade e morbilidade de populações e países, ganhos estes que foram alcançados com as intervenções dos enfermeiros, não só no acto de vacinar, mas também na informação e gestão da alteração do estado vacinal da população.

O novo PNV 2012, aprovado pelo Despacho n.º 17067/2011 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, datado de 7 de Dezembro de 2011 e publicado no Diário da República, 2ª série – Nº 243 – de 21 de Dezembro de 2011, entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2012 e veio substituir o PNV de 2006.

O PNV 2012 é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, onde se define que, para que o mesmo continue a ser um êxito, seja necessário manter elevadas coberturas vacinais para todas as vacinas do Programa.

Este plano afirma que se devem identificar assimetrias nas coberturas vacinais e a existência de bolsas populacionais com características que podem determinar níveis mais baixos de vacinação, referindo a acção das estruturas locais de saúde com intervenção junto das comunidades como fundamentais para a correcção dessas assimetrias. Somente taxas de cobertura vacinal muito elevadas, variáveis conforme a doença, permitem obter imunidade de grupo, pelo que a intervenção ao nível destas comunidades locais reveste-se de especial importância como forma de prevenir a disseminação, a partir de casos importados, de doenças infecciosas que se encontram eliminadas do nosso país ou em fase de eliminação (PNV, 2012).

Os profissionais de saúde são também alvo de menção neste plano, pois a estes *“competem divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde”* (PNV, 2012).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o diagnóstico de enfermagem de adesão ou não adesão à vacinação, refere-se a *“desempenhar actividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis susceptíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem”* (CIPE, 2002)

O objectivo do projecto de intervenção desenvolvido neste terceiro módulo, isto é, o de actualizar o PNV nas crianças até aos 10 anos inscritas na CRIAR-T, surge por sugestão da equipa da UCC e com o fundamento de que aos 10 anos de idade a criança atinge o esquema de vacinação universal recomendado em Portugal. Embora o PNV preconize que possam ser vacinadas as crianças entre os 10-13 anos de idade, como estratégia de execução, pelo período de intervenção disponível, houve necessidade de limitar as idades no que respeita à intervenção.

Interessa recordar que o PNV 2012 entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2012, isto é, a meio do terceiro módulo de estágio, o que exigiu uma nova pesquisa sobre o novo esquema recomendado. A maioria das crianças identificadas com esquema de vacinação em atraso é oriunda de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPS), ou foram recentemente transferidas de outras unidades de saúde, ou que os pais desconheciam o PNV Português.

Houve assim necessidade de recorrer muitas vezes às orientações para a vacinação universal com esquema em atraso, tendo constituído um auxílio muito importante, a experiência da Enf.^a da UCC que me acompanhou na unidade móvel, tendo sido um elemento essencial para alcançar o objectivo proposto para a área da vacinação.

As actividades abaixo descritas, foram desenvolvidas para desenvolvimento e alcance do objectivo previamente estabelecido de *“actualizar o PNV nas crianças até aos 10 anos inscritas na CRIAR-T”*:

- Levantamento, através do programa SINUS, do número de crianças inscritas na creche e nos jardins-de-infância e centro lúdico da CRIAR-T, com idade inferior a 10 anos e com a vacinação em atraso;

Na creche e jardim de infância da CRIAR-T contam-se um total de 64 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos. No que diz respeito ao Centro Lúdico, este abrange um total de 145 crianças e jovens inscritos, dos 4 aos 17 anos de idade, sendo que destas, 86 crianças têm idades inferiores a 10 anos. Nesta sequência, perfaz com idade inferior ou igual a 10 anos, um total de 150 crianças.

O levantamento do estado vacinal destas 150 crianças não foi possível realizar apenas através do programa SINUS, isto porque, muitos deles têm uma história de terem habitado noutros locais do país, ou mesmo no estrangeiro, pelo que houve necessidade de alargar a sua procura ao Registo Centralizado de Vacinas (RCV) e ao Registo Nacional de Utentes (RNU).

Deste universo de 150 crianças, foram identificadas 22 crianças com vacinação em atraso, o que significa que 85% destas possuem o PNV actualizado e cerca de 15% se encontram por actualizar.

- Divulgação e autorização de sessões de formação sobre vacinação e saúde oral aos encarregados de educação (EE);

Previamente houve uma reunião informal com o Presidente da CRIAR-T para planificar as acções de sensibilização sobre vacinação dirigida aos EE, pelo que como estratégia de aproximação se marcaram as referidas acções para os dias de reuniões de encarregados de educação das três salas da CRIAR-T, nomeadamente, a creche e os Jardins-de-infância I e II.

A comunicação das referidas acções aos EE foram realizadas pelos Educadores das respectivas salas, havendo o compromisso não só de divulgar as acções, como também de entregar e recolher o pedido de autorização aos EE para que fosse possível proceder à vacinação das crianças que se detectaram com vacinas em atraso (ANEXO IX).

- Sensibilização às crianças até aos 10 anos e seus pais sobre a importância da vacinação;

As acções de sensibilização realizaram-se em horário pós-laboral, decorrendo no início das reuniões de encarregados de educação. Nestas acções, foram utilizados como recursos materiais o computador e o *slide-show*. Foi utilizado o método expositivo, usando de clareza e simplicidade, tendo em atenção a utilização de linguagem acessível a todos os EE e

considerando as diferentes nacionalidades e escolaridade dos presentes nas diferentes acções de formação.

As formações aos EE decorreram no dia 10 de Janeiro, na Sala da Creche, onde dos 15 pais, participaram na acção de formação 12 EE; no dia 11 de Janeiro, na sala de Jardim de Infância I, onde de um total de 24 EE, estiveram presentes 20 e no dia 12 de Janeiro, tendo participado na acção de formação 12 dos 25 encarregados de educação das crianças que frequentam a Sala II do Jardim-de-infância.

As crianças com mais de cinco anos e que participam no centro Lúdico da CRIAR-T, participaram numa sessão de sensibilização onde foi utilizada a teatralização como técnica de grupo, tendo em conta a idade das crianças. Esta actividade decorreu no dia 12 de Janeiro após o horário escolar, por ser a hora de maior afluência de crianças ao centro lúdico, tendo participado 32 crianças.

Para a realização desta acção, concretizada na sala do Centro Lúdico da CRIAR-T, foram utilizados recursos materiais, tais como, cartolinas, lápis e canetas, tendo as crianças sido divididas por grupos, onde cada grupo desenhou a sequência da vacinação, desde o que é o vírus à vacina propriamente dita. Uma semana após esta sessão, as crianças que haviam participado na mesma, realizaram por iniciativa própria um cartaz em formato de banda desenhada sobre a temática abordada e levaram-no até à unidade móvel para o dar a conhecer (ANEXO X).

Nesta actividade, é de destacar uma limitação que surgiu e que se relacionou com o facto de a CRIAR-T agregar um total de 145 crianças, dos 5 aos 17 no Centro Lúdico. Inicialmente pretendeu-se que as acções de sensibilização fossem dirigidas apenas aos Encarregados de Educação das crianças até aos 10 anos, contudo, se assim fosse, muitos dos Encarregados de Educação seriam excluídos, o que não seria correcto. Desta forma, as acções de sensibilização foram apenas dirigidas aos Encarregados de Educação das crianças até aos 5 anos, que envolve as salas da Creche e Jardins de Infância, sendo que, muitos destes EE, são pais de outras crianças mais velhas que frequentam o Centro Lúdico.

- Proceder à vacinação das crianças com vacinação em atraso, com prévia autorização dos pais;

Tal como referido anteriormente, após autorização escrita dos Encarregados de Educação, procedeu-se à vacinação das crianças com o PNV desactualizado, recorrendo quer às instalações da CRIAR-T, com a colaboração dos educadores de infância, quer com a deslocação das crianças à Unidades móvel.

4.1.2. SAÚDE ORAL

As doenças orais afectam desde muito cedo as crianças e os jovens, pelo que a vigilância da saúde oral revela-se de grande importância, no contexto de prevenção primária, sendo que há mais de duas décadas que os centros de saúde desenvolvem programas no âmbito da saúde oral. Nesta área, constatou-se através do diagnóstico de situação, que apenas 1% dos inquiridos realizavam vigilância da saúde oral.

Segundo a circular normativa da DGS sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, este *“desenha uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, desenvolve-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam”*.

O despacho n.º 153/2005, de 5 de Janeiro, estabelece como objectivos do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) a redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, a melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, realçando a importância desta área de intervenção primária.

O reduzido número de indivíduos que realizam vigilância oral poder-se-á justificar por esta área ser maioritariamente privada, sendo que o âmbito de aplicação do PNPSO aplica-se apenas a alguns grupos beneficiários, nomeadamente grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde (SNS); beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS e crianças e jovens com idade inferior a 16 anos

Nas orientações gerais do PNPSO encontra-se inscrito o facto de que, em Portugal, a cárie dentária apresenta na população infantil e juvenil um índice de gravidade moderada, isto é, o número de dentes cariados, perdidos e obturados por criança (CPOD) aos 12 anos de idade é de 2.95, e a percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos é de 33%. Um outro estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresenta valores médios de CPOD de 1.5, com desvios acentuados entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos. Desta forma surge a importância de manter o investimento nesta área, se queremos contribuir para a redução das desigualdades em saúde. Como estratégia europeia, as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1.5. (PNPSO, 2005).

A Organização Mundial da Saúde aponta ainda para 2020, metas para a saúde oral que exigem um reforço das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados (PNPSO, 2005).

O actual Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral numa parceria público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, competindo ao sector público assegurar a promoção da saúde, a prevenção das doenças orais e a prestação de cuidados de saúde dentários, passíveis de serem realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Sendo esta intervenção assegurada pelos profissionais dos Centros de Saúde, através de acções dirigidas ao indivíduo, à família, e à comunidade escolar, e pelos profissionais dos serviços de estomatologia da rede hospitalar, sempre que possível (PNPSO, 2005).

Os higienistas orais dos agrupamentos de centros de saúde realizam a sua actividade de prestação de cuidados de saúde oral nas suas correspondentes unidades funcionais, pelo que inicialmente foi marcada reunião com a Higienista Oral do Centro de Saúde da Amora, até para apurar a disponibilidade da mesma em realizar vigilância oral às crianças do jardim de infância da CRIAR-T.

Inicialmente a Higienista oral tomou conhecimento do resultado do diagnóstico de situação, disponibilizando-se de imediato para intervir neste âmbito. Relativamente à vigilância da saúde oral, foi previamente efectuado o levantamento do número de crianças que frequentam a CRIAR-T até aos 5 anos, pois a partir dos 6 anos esta vigilância é realizada nas escolas primárias, daí a que fosse limitada a intervenção até aos cinco anos. De acordo com este princípio, encontram-se inscritas no jardim de infância da CRIAR-T um total de 64 crianças.

Nesta reunião houve ainda oportunidade de marcar um dia para a deslocação da Higienista Oral às instalações da CRIAR-T.

- Visita de Higienista Oral às Instalações da CRIAR-T;

Previamente à formação, houve necessidade por parte da Higienista Oral de se deslocar às instalações da CRIAR-T, não só para conhecer as mesmas, como também para poder apurar com os educadores da sala a possibilidade das crianças realizarem as escovagens diariamente, pois conforme as orientações do PNPSO, dos 0 aos 3 anos *“a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente”*; dos 3 aos 6 anos *“A escovagem dos dentes ser efectuada duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar”* e a orientação dos 3 aos 6 anos no jardim-de-infância é a de *“integrar a educação para saúde e a higiene no Projecto Educativo e efectuar uma escovagem dos dentes no Jardim-de-infância”*.

Os educadores mostraram-se disponíveis e as instalações adequadas para a realização da escovagem dos dentes, tendo apenas sido adquirido copos individuais para as crianças individualizarem as suas escovas. No caso da Sala da Creche, terá de ser o educador da sala auxiliar as crianças na sua escovagem, mostrando-se o mesmo muito receptivo para tal.

Desta forma a higienista oral comprometeu-se não só em realizar vigilância oral, formação às crianças e educadores como também disponibilizar escovas e pasta de dentes a todos os meninos que participarem nesta acção.

- Formação e vigilância oral às crianças com idade inferior ou igual a 5 anos, com prévia autorização dos encarregados de educação;

Previamente foi divulgada a acção pelos encarregados de educação, bem como solicitada autorização (Anexo XII) dos mesmos.

No dia 17 de Janeiro a Higienista oral do Centro de Saúde da Amora, realizou sessão de sensibilização e de educação sobre saúde oral à totalidade dos meninos que estiveram presentes nas instalações da CRIAR-T, apresentando no final um filme alusivo ao tema. As crianças mostraram-se muito entusiasmadas durante a formação e cumpriram todos os passos previstos na mesma.

Segundo o PNPSO (2005), a higienista oral, procede à avaliação do risco individual de cárie e a protecção dos dentes às crianças e jovens de alto risco. Desta intervenção, resultou a triagem de um total de 57 crianças, num total de 64 crianças, sendo que, sete crianças encontravam-se ausentes por motivo de doença. Das 57 crianças triadas, foram identificadas com cáries um total de 18 crianças, tal como pode ser consultado na tabela n.º1.

Crianças	Triadas	Com cárie	Livre de Cáries	Índice CPO
Sala Creche	14	2 (14%)	12 (86%)	0,14
Sala Jardim de Infância I	21	7 (33%)	14 (61%)	0,7
Sala Jardim Infância II	22	9 (41%)	13 (59%)	1.09

Tabela n.º1 – Distribuição de triagem de saúde oral das Crianças da CRIAR-T com idade inferior a 5 anos de idade

Nos Centros de Saúde onde existe Higienista Oral, este gere os encaminhamentos quando há necessidade de tratamentos e a frequência da vigilância da saúde oral das crianças e dos jovens do seu ficheiro. *“Face a um diagnóstico ou a uma suspeita de doença oral, a criança deve ser encaminhada para o gestor do programa no Centro de Saúde”* sendo que *“o encaminhamento deve respeitar a liberdade de escolha do utente e a capacidade de resposta do profissional contratualizado”* (PNPSO, 2005).

Estas acções tiveram como propósito alcançar o objectivo inicialmente proposto de *“realizar vigilância oral nas crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T”*. Após concretização deste mesmo objectivo, a higienista oral iniciou o encaminhamento para a sua consulta,

contactando directamente os pais, dando seguimento à seguinte fase de detecção de problemas, isto é, a resolução dos mesmos.

4.1.3.DIA DE LIMPEZA NA JAMAICA

Nas últimas décadas as práticas de gestão deficiente ou inadequado deixaram um legado de sítios contaminados, aos quais se encontra associada uma significativa degradação, que poderão ter conduzido, ou estão a conduzir, a impactos na saúde humana e do ambiente (PNAAS, 2010).

“A saúde humana está ligada ao ambiente de muitas formas” (European Foundation Centre, 2007), assim redige o documento sobre Perspectivas Europeias sobre Saúde Global do Centro Europeu de Fundações (2007), considerando que os problemas de saúde ambientais decorrem das questões básicas como água limpa, saneamento, habitação seguras, poluição, sendo necessário dar respostas a estes problemas de forma a evitar que se tornem de maior magnitude.

Para o problema do ambiente e da saúde e a preservação dos recursos naturais e a gestão dos resíduos com áreas de intervenção prioritárias, é proposta como estratégia a *inclusão dos próprios cidadãos*, implicando a promoção de medidas para a saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável, exigindo mudanças fundamentais nas atitudes e nos comportamentos, sendo necessário *“consciencialização e acção não apenas ao nível europeu mas também dos governos e sistemas de saúde nacionais, das indústrias do sector privado e dos indivíduos enquanto consumidores e cidadãos globais”* (European Foundation Centre, 2007).

O Dia de Limpeza da Jamaica, foi uma iniciativa que surgiu do problema de saúde ambiental claramente presente no bairro e que representa um risco para a saúde da comunidade. Baseado no Plano Nacional de Acção Ambiente e Saúde (PNAAS), aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, de 4 de Junho, é necessário melhorar a eficácia das políticas de prevenção, controlo e redução de riscos para a saúde com origem em factores ambientais, desenvolvendo a integração do conhecimento e a inovação, de modo a contribuir para o desenvolvimento económico e social do país.

A implementação do PNAAS, concretizou-se pela Equipa de Projecto (EP) “Solo e Sedimentos”, emanada do Grupo de Trabalho Ambiente e Saúde (GTAS), esta EP considera que *“o solo e os sedimentos são reservatórios e potenciais vias de transmissão de agentes infecciosos, sendo responsáveis pela ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias no ser humano”* (PNAAS 2010), facilitando um meio oportuno ao crescimento e multiplicação de agentes de infecção, sendo indispensável a sua disseminação. Este Plano refere também que

“a contaminação do solo e dos sedimentos (...) pode apresentar sérios riscos para a saúde pública”.

Numa primeira visita ao bairro de Vale de Chícharos podemos facilmente detectar que o solo envolvente se encontra contaminado, resultado não só da acumulação de lixo a céu aberto por parte da população como também da existência de águas paradas provenientes de actividades domésticas (tal como águas provenientes de máquinas de lavar roupa, banhos, e comidas) que não são correctamente tratados e acondicionados, sendo conduzidos directamente para o solo.

A existência de exposição entre o solo ou os sedimentos contaminado e a população/o indivíduo, de acordo com o modelo *“Fonte de contaminação - Via de exposição - Receptor”* (Anexo XI) representa risco para a saúde humana (PNAAS, 2010). As principais vias de exposição do Homem aos contaminantes do solo/sedimentos são a inalação directa, ingestão de solo/sedimento (sobretudo comum em crianças), consumo de água ou alimentos oriundos de solo/sedimentos contaminados e contacto dérmico com a fonte de poluição (o solo/sedimento contaminado). A via sanguínea também é uma via de transmissão possível, mas rara, no que se refere ao domínio do solo e dos sedimentos.

Segundo o PNAAS os efeitos na saúde dependem do tipo de contaminante, da exposição (intensidade, frequência e duração), assim como das características biológicas do indivíduo exposto, reconhecendo-se que se deve *“prestar especial atenção à população mais vulnerável, sobretudo as crianças de menor idade, pois o seu comportamento poderá conduzir a situações graves”.*

Novamente Vale de Chícharos importa ser referenciado, uma vez que esta exposição é constante de há vários anos a esta parte e se considerarmos a população residente, em que cerca de 36% são crianças e jovens com idades inferiores a 18 anos, então, estamos perante uma comunidade com grande risco de problemas de saúde decorrentes desta contaminação e exposição.

Uma intervenção na área ambiental torna-se necessária para promover um ambiente saudável, tal como define o PNAAS, são necessárias *“diligências junto do sector da saúde”* que contribuam para o *“incremento de acções de vigilância da saúde, de promoção da saúde, e de prevenção de factores de riscos dirigida à população exposta”*, justificando assim a pertinência deste objectivo, que para ser alcançado foram realizadas várias actividades, de destacar:

- Reunião com parceiros comunitários envolvidos na acção de limpeza em Vale de Chícharos;

Esta reunião teve lugar nas instalações da Câmara Municipal do Seixal, com representantes da Divisão de Salubridades, Divisão de Acção Social e de Divisão de Saúde da CMS, Técnicos de saúde pública e o Presidente da CRIAR-T. Desta reunião resultou a

programação do Dia de Limpeza da Jamaica, a necessidade de equipamentos para realização do mesmo.

Tal como estabelece o “*regime geral aplicável à prevenção, produção e gestão de resíduos*” do Decreto-Lei n.º178/2006, de 5 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2011, de 17 de Junho, relativamente aos resíduos e política de gestão dos mesmos, pretende-se garantir que a “*produção, a recolha e transporte, o armazenamento preliminar e o tratamento de resíduos sejam realizados recorrendo a processos ou métodos que não sejam susceptíveis de gerar efeitos adversos sobre o ambiente*”, nomeadamente “*do solo*” de modo a evitar e reduzir os riscos para a saúde humana e ambiente. Assim, foi importante garantir que esta acção fosse realizada com a máxima precaução, cumprindo-se o transporte e acondicionamento correctos dos materiais recolhidos, daí a importância de garantir a intervenção dos equipamentos e trabalhadores da Câmara Municipal nesta acção.

Nesta reunião assumiu-se que estas acções realizavam-se bianualmente no bairro, mas que as mesmas haviam deixado de ter lugar por motivos económicos. O início da intervenção da UCC Seixal no bairro evidenciou o facto de que este problema se mantém presente e permitiu impulsionar novamente esta intervenção, que teve o compromisso da Divisão de Salubridade e Ambiente de haver possibilidade de ser realizada novamente bianualmente.

Tornou-se também debate a necessidade da de dar continuidade a esta iniciativa, isto é, a manutenção destas limpezas, pois não interessa fazer algo pontualmente sem olhar para o futuro, uma vez que o problema irá persistir caso não se actue sobre a causa.

Foi consensual a necessidade de formar a comunidade de Vale de Chícharos sobre a importância da correcta gestão de lixos e dos problemas para a saúde que implicaria a não realização da mesma. Esta tornou-se então a primeira actividade a ter lugar junto da comunidade. No entanto para formar, primeiro é necessário sensibilizar, pelo que essa foi a actividade desenvolvida nesta fase inicial.

Esta sensibilização pretendia, inicialmente, aquando construção do projecto de estágio, ser dirigida apenas aos encarregados de educação e crianças até aos 10 anos inscritas na CRIAR-T, contudo, sendo este um problema da comunidade, foi determinado que esta actividade deveria ser dirigida a todos os moradores, de forma a potenciar inclusivamente a identificação de líderes da comunidade de Vale de Chícharos, o que constitui um dos objectivos propostos pela UCC Seixal nesta área.

- Sensibilização da população sobre a correcta gestão e distribuição de lixos domésticos e implicações para a saúde;

As recomendações do PNAAS passam pela informação, identificação, caracterização e realização de acções e diligências necessárias nos locais em que se verifique uma zona de

risco por motivo de degradação, de modo a colmatar as actuais lacunas de conhecimento quanto à relação com a saúde humana, nomeadamente fornecer *“informação adicional sobre a exposição humana e riscos associados à saúde junto da população exposta”* (PNAAS, 2010).

A acção de sensibilização sobre correcta gestão e distribuição dos lixos domésticos e implicações para a saúde, foi realizada através de afixação de cartazes nas instalações da associação, elaborados pela Câmara Municipal do Seixal (CMS), tendo sido as crianças do Centro Lúdico e seus educadores, os grandes promotores da acção de limpeza no bairro de Vale de Chicharos. Por se prever resistência por parte dos adultos, a divulgação por parte das crianças foi também uma estratégia de aproximação, nomeadamente dos seus pais. Foi ainda utilizada como estratégia de persuasão, a distribuição de lanche no final da acção de sensibilização.

No dia 25 de Janeiro, nas instalações da CRIAR-T, em horário pós-laboral, participaram na acção de sensibilização realizada por mim e pelas técnicas de saúde pública, 31 moradores, acção onde também estiveram presentes representantes da Câmara Municipal do Seixal e a Enf.^a Coordenadora da UCC Seixal.

Foi possível desenvolver uma grande discussão em torno desta problemática, tendo sido sugerido até por um dos moradores a criação de grupo de responsáveis por edifício do bairro. No final da sessão foi distribuído um panfleto sobre reciclagem, intitulado *“Separar para Reciclar”*, resultado de um patrocínio solicitado à AMARSUL.

Como estratégia de fidelização, foram distribuídos donativos em género alimentar aos participantes, donativo conseguido pelas técnicas de saúde pública através do grupo Rotary Club Seixal. Para reforçar o caminho na direcção do objectivo de saúde, a celebração das conquistas do grupo marca o progresso e a recompensa dos membros motiva cada pessoa a continuar, incluindo recompensas concretas como alimentos (Stanhope e Lancaster, 2011).

- Divulgação da acção “Dia de limpeza da Jamaica”;

Quando se realizou a acção de sensibilização, já estava marcado o “Dia de Limpeza da Jamaica”, fixado devido à disponibilidade do equipamento necessário para a recolha de lixo, assim a acção de sensibilização foi simultaneamente um momento de divulgação.

A divulgação do dia de limpeza da Jamaica, foi também realizada através da distribuição de um documento de divulgação elaborado pela CMS, tendo sido distribuído na unidade móvel, nas instalações da CRIAR-T pelos educadores e através de distribuição porta-a-porta pelos representantes da CMS.

Para além desta divulgação, houve também promoção desta iniciativa através de cartazes elaborados pelas crianças que frequentam o Centro Lúdico da CRIAR-T, tal como referido anteriormente.

Esta divulgação de proximidade é também importante de modo a envolver a comunidade na actividade a desenvolver, assim o dia de limpeza da Jamaica, teve lugar no dia 28 de Janeiro e contou com equipamento especializado da CMS, técnicos da Câmara tendo participado nesta acção 35 moradores do bairro, permitindo a recolha de 14 toneladas de resíduos sólidos urbanos. Esta informação veio publicada no boletim municipal mensal da CMS (Anexo XIII).

Tal como refere Ornelas (2008) não faz qualquer sentido que se realizem projectos de intervenção comunitária sem envolvimento da sua comunidade para resolução dos seus problemas, até mesmo para a continuidade da sua resolução, mais uma vez o empowerment é a filosofia que deve estar subjacente à intervenção comunitária, sendo o ingrediente crucial para que as soluções dos problemas identificados perdurem no tempo e que estas assumam o controlo real daquilo que lhes diz respeito.

Importa avaliar se os objectivos propostos para dar resposta aos problemas identificados estão a ser desenvolvidos eficazmente com vista a serem atingidos, desta forma é necessário avaliar se as actividades desenvolvidas e estratégias utilizadas estão a ser eficazes no alcance dos mesmos.

4.2. BALANÇO DA TEMPORADA

A avaliação é uma fase crucial do planeamento em saúde, pois *“implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”* (Imperatori e Giraldes, 1993). Esta finalidade de avaliação procura assim melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências, sendo portanto necessário *“determinar o valor das intervenções realizadas”* de forma a melhorar uma actividade e planeá-la de uma forma mais eficaz (Imperatori e Giraldes, 1993).

Numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores, permitindo-nos através deles, conhecermos a realidade e medirmos os avanços alcançados” (Imperatori e Giraldes, 1993)

Os indicadores abaixo definidos permitiram avaliar se os objectivos estabelecidos foram ou não atingidos e saber como intervir para os atingir, tal como refere Tavares (1990), das comparações entre o que se fez com o que se esperava surgirão então as correcções a introduzir.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) um indicador de actividade/execução pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado, definindo como indicador de resultado/impacte aquele que pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema.

De seguida serão descritos os objectivos específicos para o Módulo III do Estágio, que dizem respeito ao projecto de intervenção e os respectivos indicadores de execução, que no geral, coincide com a classificação das avaliações em processo:

Objectivo I: Actualizar o PNV nas crianças até aos 10 anos inscritas na CRIAR-T

Indicador i. *Nº de encarregados de educação de crianças até aos 5 anos inscritos na CRIAR-T que participaram na sessão de sensibilização / Nº total de encarregados de educação de crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T X 100 = 60%*

Indicador ii. *Nº crianças até aos 10 anos inscritas na CRIAR-T que actualizaram o PNV / Nº total de crianças até aos 10 anos identificados x 100 = 70%*

De um total de 60 EE disponíveis, participaram nas acções de sensibilização 44 EE o que corresponde a 70,9% relativamente ao **indicador i**, onde se pretendia atingir os 60%. Neste caso foi superado, por uma margem de 10,9%, pelo que a estratégia de realizar a acção nos dias das reuniões de pais foi bem sucedida. Importa referir que estavam ausentes dois encarregados de educação, que se encontravam fora do país e outros dois justificaram a sua ausência por motivos de saúde.

Durante o módulo III de estágio, foram vacinadas 17 crianças, das 22 crianças com PNV desactualizado, o que totaliza um total de 77,2% relativamente ao **indicador ii** estabelecido, tendo portanto o mesmo sido atingido.

Objectivo II: Realizar vigilância oral nas crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T;

Indicador iii. *Nº de crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T que realizaram vigilância oral / Nº de crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T x 100 = 70%.*

Desta forma, o **indicador iii** foi superador, tendo realizado vigilância oral 57 crianças num total de 64 inscritas, foram atingidos os 89%, ao invés dos 70% inicialmente propostos. Só não foi na sua totalidade porque faltaram 7 crianças nesse dia, por motivo de doença. Pode-se então concluir que o objectivo foi então alcançado.

Objectivo III: Instruir moradores sobre contaminação de solos e importância do correcto acondicionamento de lixos e suas implicações para a saúde.

Indicador iv. *Nº de moradores que participaram no dia de limpeza da Jamaica / Nº de moradores que participaram na sessão de sensibilização x 100 = 50%*

Na acção de sensibilização estiveram presentes 31 moradores, tendo participado na acção de limpeza do bairro um total de 35, que significa que o **indicado iv** foi ultrapassado, tendo participado mais moradores no dia de limpeza da Jamaica do que na sessão de sensibilização. Esta situação poderá ter ocorrido pelo facto da sessão de formação ter tido lugar durante a semana, embora em horário pós-laboral, e a acção propriamente dita ter-se realizado num sábado. No entanto, a participação da população é também um indício de que a comunidade compreendeu esta acção como sua, envolvendo-se na mesma.

Cada vez que se verifica uma organização e mobilização das comunidades em torno dos seus próprios problemas e necessidades, baseadas nas suas potencialidades e recursos, este envolvimento e participação contribui para o aumento do sentimento de pertença e identidade da comunidade, promovendo um a maior satisfação e qualidade de vida dos indivíduos (Elvas e Moniz, 2010).

Relativamente aos objectivos e indicadores propostos, segundo Imperatori e Giraldes (1993) poder-se-á avaliar simultaneamente a aceitação pelas famílias e o grau de resposta do serviço, elucidando que ao fixarem-se estes objectivos, não se estão apenas a medir os resultados das intervenções do sector da saúde, no sentido restrito do termo, mas sim a forma como todos os sectores envolventes estão a condicionar a saúde da população.

Pelos indicadores alcançados, neste pequeno início de intervenção, avalia-se as actividades desenvolvidas como eficazes e eficientes no tempo disponível, e um bom ponto de partida para continuar a desenvolver as acções concertadas com os parceiros intervenientes com vista à promoção de saúde desta comunidade, que já deu sinais de aceitar e entender esta intervenção como uma mais-valia, pela sua participação e envolvimento nas referidas actividades. É essencial que os moradores se mostrem cada vez mais interessados em participar no planeamento dos serviços de saúde e em ser um parceiro activo nos próprios cuidados (Stanhope e Lancaster, 2011).

Há que realçar o trabalho desenvolvido com os parceiros comunitários, essenciais para a prática eficaz da saúde pública e comunitária, sendo a comunicação entre as parcerias e o contínuo desenvolvimento de visões comuns, a chave de sucesso para os mecanismos operacionais para a concretização dos objectivos (Stanhope e Lancaster, 2011).

A “*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*”, é um critério de liderança de “*processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício de cidadania*”, na competência de contribuir para “*o processo de capacitação de grupos e comunidades*” presentes no Regulamento de

competências específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Neste mesmo regulamento urge como competência a integração e coordenação de programas de saúde de âmbito comunitários e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), considerando as actividades de âmbito comunitários *“fundamental para a obtenção de ganhos em saúde”* (Regulamento N.º128/2011), estando incluído no presente projecto de intervenção, não só a consecução dos objectivos do PNS, nomeadamente através da actualização do PNV e do PNPSO, assim como a avaliação dos ganhos decorrentes da sua implementação, através na avaliação dos indicadores fixados.

A aplicação de indicadores permitiu a monitorização específica dos objectivos, mas estes indicadores *“devem ser periodicamente revistos, porque as situações mudam não só em termos de problemas de saúde, mas também em termos de problemas de qualidade de serviços que interessa monitorizar”* (Imperatori e Giraldes, 1993), logo este é um processo que não tem fim com a avaliação dos indicadores de actividades, mesmo que estes sejam muito positivos. As mudanças existem e quando abordam pessoas e comunidades essas mudanças são susceptíveis de acontecer, pelo que é necessário continuar o trabalho iniciado, não só concretizando-o mas também monitorizando-o.

4.3. VALE DE CHÍCHAROS...QUE FUTURO?

Os objectivos de resultado são um quadro de referência que permite, no fim do período do plano, aferir até que ponto os valores dos indicadores foram atingidos, sendo que a evolução de um indicador de resultado/impacte só é passível de avaliação a médio prazo, de aproximadamente de cinco a seis anos (Imperatori e Giraldes, 1993)

Assim, será necessário continuar a vacinar as crianças do Bairro de Vale de Chícharos, com necessidade de constante actualização da lista das crianças inscritas na CRIAR-T, devido à grande flutuação de habitantes, tal como já foi referido. Para além disso, dever-se-á fazer a pesquisa do estado vacinal de todos os inscritos na CRIAR-T, independentemente da idade, por oposição há limitação de crianças até aos 10 anos, uma vez que em muitos casos se deve constatar o incumprimento do PNV português.

Quanto à saúde oral, importa também actualizar a lista das crianças, verificar se, nos casos de terem sido identificadas cáries e com necessidades de tratamento, o mesmo foi efectivamente efectuado, articulando esses dados com a Higienista Oral do ACES. Será importante promover mais acções de vigilância oral nas instalações da CRIAR-T, no que diz respeito às crianças até aos 5 anos. Como actividade pensa-se que uma acção de sensibilização dirigida aos pais seria relevante, de modo a promover a escovagem de dentes, consoante recomendação do PNPSO.

Relativamente ao ambiente, a Câmara Municipal do Seixal comprometeu-se a realizar uma intervenção de limpeza profunda no bairro, com a periodicidade mínima bianual, contudo o factor mais importante, será a manutenção levada a cabo pelos moradores/municípios. Para este efeito deve existir sensibilização constante, bem como monitorização do ambiente envolvente, sendo que a próxima monitorização deve ocorrer num espaço de seis meses após primeira intervenção de limpeza no bairro, sendo essencial o reforço de sensibilização e constituição de líderes, para potenciar o cumprimento dos objectivos neste âmbito.

O grupo de trabalho formado pela UCC, CMS, USP e CRIAR-T assumiu o compromisso de reunir sempre que necessário, e também, dois meses após a primeira intervenção no bairro, de forma a realizar o balanço da actividade e de situação e ainda conseguir definir novas estratégias de actuação. Mais acções de sensibilização seriam importantes e essenciais, sendo que a CMS já mostrou disponibilidade, para organizar uma visita guiada ao aterro de lixo e instalações da AMARSUL, de modo a que a população possa compreender o processo de reciclagem. A proximidade da unidade móvel do bairro, poderá também facilitar a identificação de líderes, que possam empreender maior esforço nos cuidados a implementar junto à comunidade, assumindo-se como catalisadores das estratégias necessárias à manutenção de acções que cuidem do bairro, tornando-se os principais responsáveis por esta mudança na comunidade.

Tal como referem Imperatori e Giraldes (1993) a participação a nível local é usada na resolução de problemas concretos de saúde pública, tal como aconteceu com a actividade do dia de limpeza da Jamaica, mas *“o papel da população não se deve limitar à simples participação em actividades de educação sanitária, mas numa co-responsabilização na programação, gestão e avaliação dos serviços de saúde”*.

No que diz respeito aos indicadores utilizados, sugere-se que sejam sujeitos a avaliação ao fim de seis meses, com objectivo de observar alterações e, para além disto, proceder à replicação do diagnóstico de situação de saúde utilizando o mesmo formulário. Decorridos cerca de dois ou três anos, seria interessante proceder a outra reavaliação, de forma a possibilitar a visualização da ocorrência de mudanças da situação de saúde desta comunidade, nomeadamente nas áreas alvo de intervenção prioritárias (Imperatori e Giraldes, 1993).

Em suma...

“A intervenção comunitária tem como objectivo específico provocar uma mudança na comunidade” (Carvalho, 2010), sendo o planeamento um conjunto de decisões programadas, previstas, cujo resultado é uma mudança sociocultural por contacto dirigido, de

tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicausal. As mudanças socioculturais da população que advêm do plano passarão, sucessivamente, por etapas de conhecimento, motivação, apreciação, experimentação e, finalmente, de adopção (Imperatori e Giraldes, 1993)

Os enfermeiros são hoje confrontados, com uma sociedade extremamente complexa e em constante mudança, onde a diversidade cultural assume um elemento chave no contexto dos cuidados de saúde e torna-se peremptório a reflexão sobre os novos desafios que são colocados no decorrer da sua prática.

Para que a equidade de cuidados seja uma realidade no seio da comunidade imigrante, é imperativo o envolvimento da própria população e a compreensão das suas diferenças culturais, agir junto das comunidades de bairros problemáticos, através de campanhas e de acções de educação para a saúde.

A determinada altura os objectivos propostos pareceram muito ambiciosos e inalcançáveis em tão curto espaço de tempo, no entanto, eram tantas as necessidades do bairro que surgiu como alvo essencial, iniciar a intervenção abrangendo o maior número de áreas possíveis. Neste momento, após os mesmos terem sido atingidos, conclui-se que valeu a pena, o esforço, a dedicação e a boa vontade daqueles que acreditaram neste projecto, por mais ambicioso, difícil e inalcançável que fosse.

Capacitar as comunidades para o desenvolvimento de ambientes promotores de saúde, implica a activação da rede de parceiros locais e o estabelecimento de novas parcerias, envolvendo organizações do sector público e privado, organizações não governamentais, associações civis, religiosas, de acção social e outros sectores da sociedade, destacando-se a importância do envolvimento dos cidadãos em todo o processo (II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013).

No desenvolvimento deste percurso, destaca-se a barreira da linguagem como um factor presente no contexto da diversidade cultural de Vale de Chicharos, como resume Lopes (2000) *“a multiculturalidade pode armadilhar-nos o caminho da comunicação e torná-lo extremamente sinuoso, dificultando ou mesmo impossibilitando o entendimento”*. Como alternativa a esta possível *“armadilha”*, a estratégia utilizada foi identificar moradores do bairro que dominassem não só o português, como os dialectos africanos presentes nos novos moradores ilegais do bairro, que eram desde logo *“traídos”* à unidade móvel pelos *“moradores de acolhimento”*.

Estes moradores de acolhimento, são moradores mais antigos, daí o domínio da língua portuguesa, que acabaram por se tornarem os mediadores na comunicação com os novos moradores, estando presentes todas as terças-feiras, junto à unidade móvel, durante o horário de atendimento, tendo assim surgido, talvez, alguns futuros líderes comunitários.

Esta estratégia possibilitou ultrapassar a “*barreira da linguagem*” identificada, facilitando a intervenção junto do grupo com diferença linguística, de forma a gerir a “*informação em saúde aos grupos e comunidades*” (Regulamento n.º 128/2011).

A conclusão deste módulo III permitiu compreender o importante papel que os enfermeiros podem desenvolver nas comunidades, sendo fundamental reter que as intervenções desenvolvidas sejam apanágio de mecanismo que permitam incluir os cuidados de enfermagem no meio de vida das pessoas, tendo em conta as condições de vida social e económica, solicitando a participação directa da população, “*restituindo às pessoas o poder de se tratar*” (Collière, 1999).

Em suma, o conhecimento das necessidades de saúde, a partir da descoberta das pessoas e do seu meio de vida, estabelecendo um laço entre a manifestação da necessidade e do problema de saúde e das condições de vida (Collière, 1999), constituiu o “*daguerreótipo*” da comunidade de Vale de Chícharos, essencial para poder planear as intervenções e alcançar os objectivos propostos.

Outras iniciativas pertinentes...

Há que referir, que o conhecimento e a intervenção no âmbito do Estágio na UCC Seixal, foi ilustrado em forma de *poster* com o título “*Conhecer para Intervir*” (ANEXO XIV), que diz respeito ao início da intervenção dos Bairros da Quinta da Princesa e de Vale de Chícharos, apresentado no I Encontro do ACES Seixal-Sesimbra, realizado no passado dia 2 de Março de 2012, sob o lema “Rastreio e Diagnóstico Precoce em Cuidados de Saúde Primários, em busca da excelência”.

5. CONCLUSÃO

A realização deste relatório pretende demonstrar o estágio que foi realizado no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitária e com o intuito de nele se desenvolverem competências nesta área.

O processo de planeamento em saúde foi um pilar fundamental ao longo do Estágio. Seguindo as etapas de planeamento em saúde proposto por Imperatori e Giraldes, este é organizado em várias partes, iniciando-se no diagnóstico da situação, realizado no primeiro módulo de estágio, seguido da definição de prioridades e fixação de objectivos, realizado no módulo II e, por último, ao longo do terceiro módulo de estágio, foi realizada a selecção de estratégias/actividades, a elaboração do projecto de intervenção, sendo a etapa final a avaliação que decorre da execução do projecto.

Ao longo deste trabalho houve sempre preocupação não só de demonstrar as competências adquiridas, mas também de descrever as fases do planeamento em saúde utilizando uma metodologia cientificamente fundamentada, numa tentativa de estabelecer a actualidade da prática de enfermagem na realidade da comunidade onde se interveio, assim como no contexto político-social presente.

Os principais dados obtidos decorrentes desta intervenção, levam à fundamentação dos ganhos em saúde resultantes da mesma, nomeadamente, o facto de se ter atingido uma cobertura vacinal de 96,7% nas crianças com menos de 10 anos que frequentam a CRIAR-T. No que diz respeito ao PNPSO, a vigilância oral foi realizada a 89% das crianças até aos 5 anos inscritas na CRIAR-T.

Ao terminar o presente trabalho e tendo em conta as etapas a ultrapassar para a sua concretização, concluo que a informação do diagnóstico de situação, bem como os dados provenientes do meio e do ambiente em que vivem, são essenciais para se conseguir atingir os objectivos de modo a responder de forma profícua às necessidades em saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades.

Por outro lado, se no início do trabalho tinha enfatizado o processo de planeamento em saúde, ao concluir o trabalho reconheço a sua elevada importância uma vez que a necessidade e importância de efectuar um planeamento correcto que nos leve a intervir nos factores condicionantes do estado de saúde de uma comunidade favorecendo a obtenção de ganhos em saúde dessa mesma população, assume hoje, no contexto socioeconómico em que nos inserimos, uma relevância extrema.

A possibilidade de intervenção dos enfermeiros especialistas em múltiplos contextos, dadas as suas competências, permitem, através da análise concreta dos problemas

identificados, potenciar ganhos em saúde e melhorar as políticas públicas prosseguidas para o desenvolvimento local.

Pessoalmente, após a concretização deste trabalho, é notório o desenvolvimento e aquisição de competências na área de especialização em enfermagem comunitária, nomeadamente na visão sistémica e perspectiva holística do indivíduo, grupo e comunidade e na proximidade privilegiada com as diferenças étnicas, linguísticas e culturais, num processo relacional de modo a promover o empowerment comunitário. Para além disso, estas competências e este olhar sobre a prestação de cuidados nos cuidados de saúde primários, permitiram-me também alterar a minha actuação como enfermeira em contexto hospitalar, mobilizando mais facilmente os recursos da comunidade com vista a um acompanhamento do doente após a alta, tornando assim notório que a mudança, quando ocorre, acontece em qualquer contexto.

No contexto da comunidade de Vale de Chícharos essa mudança já se começa a sentir e a unidade móvel às terças-feiras no bairro é já um hábito adquirido pela mesma. Embora o tempo de estágio e de intervenção propriamente dito tenha sido limitado, as problemáticas de saúde eram também percepcionadas por esta população. O pequeno contributo que dei, por muito pequeno ou limitada que tenha sido a minha actuação, foi direccionado tendo em conta as necessidades de saúde desta população, pelo que a sua satisfação e reconhecimento fizeram-se sentir no terreno.

Em conclusão, por toda a pertinência e metodologia utilizada, fundamenta-se a necessidade dos cuidados de enfermagem de proximidade, junto da comunidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTO COMISSÁRIO PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL, I.P. – **II PLANO PARA A INTEGRAÇÃO DOS IMIGRANTES 2010-2013**. Presidência do Conselho de Ministros, 2010 [Consultado a 18 Fevereiro de 2012 às 14h], Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt>

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

CARVALHOSA, S. – Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária: GerAcções. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. N.º 3, série XXVIII (Julho/Setembro 2010), p. 479-490

CIPE/ICNP – **Classificação Internacional para a prática de enfermagem – versão Beta 2**. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Outubro 2002. ISBN 972-98149-5-3.

COLLIÉRE, M. – **Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN 972-95420-0-7. 385p.

Constituição da República Portuguesa. [Consultado a 18 de Fevereiro de 2012 às 12h]. Disponível em <http://www.dre.pt/comum/html/legis/crp.html>

DECRETO – LEI 28/08 - D.R.I Série.32 (08-02-22) II82- II89

DESPACHO N.º 153/2005, de 5 de Janeiro - **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral** (PNPSO)

DGS- **Plano Nacional de vacinação 2012**. Disponível em http://www.arsalentejo.min-saude.pt/saudepublica/ProgramasSaude/ProgramasCurso/Lists/Programas%20Nacionais%20Prioritrios/Attachments/9/PNV_2012_Formato_livro.pdf [consultado a 15 de Janeiro de 2012]

DURÁN, H. – **Planeamento da Saúde – Aspectos Conceptuais e Operativos**. Ministério da Saúde – Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Lisboa. 1989. p.19. ISBN 972.675.000.8

ELVAS, Susana; MONIZ, Maria João Vargas – Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. *Análise Psicológica*. Lisboa. ISSN 0870-8231. N.º3, série XXVIII Julho/Setembro 2010. P.451-464.

EUROPEAN FOUNDATION CENTRE – **Perspectivas europeias sobre saúde global: um glossário de políticas de saúde**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007. 70p. ISBN 978-989-95568-2-9

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

FRIEDMAN, M.; BOWDEN, V.; JONES, E. – **Family Nursing Research, theory and practise**. 5ªed. New Jersey: Prentice Hall, 2003.714p. ISBN 0-13-060824-6

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M.– **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 200p.

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

LEININGER, M. – **Culture Care Diversity and universality: a theory of nursing**. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 1999. ISBN 0-7637-1825-4. P.432

LOPES, M. – **A Multiculturalidade. Sinuosidades no Comunicar**. Revista Enfermagem (2ª série). Publicação da Associação Portuguesa de Enfermeiros(Julho/Setembro 2000), p.14-18 ISSN 0871-0775.

NAVARRO, M.; Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. In Revista Portuguesa de Saúde Publica. OUT/Dez 1995. ISSN 0870-9205

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento nº 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** [consultado a 10 Março 2011] disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento nº 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública** [consultado a 10 Março 2011] disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro** [Consult. 21 de Dezembro de 2010 às 19h]. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/.../CodigoDeontologico.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Declaração de Adelaide** - Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde.1988 [consultado a 15 Abril 2011] disponível em www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Adelaide.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Ottawa, 1986. [Consultado a 17 de Junho de 2011 às 17h00] Disponível em: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários – Declaração de Alma-Ata, 1978**. [Consultado a 17 de Junho de 2011 às 17h40] Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

ORNELAS, J.- **Psicologia Comunitária**. Fim de Século- Edições, Sociedade Unipessoal, Lda. Lisboa. 2008. ISBN 978-972-754-256-7 p. 478

ORNELAS, J.; MONIZ, M. – **Parcerias comunitárias e intervenção preventiva**. Análise Psicológica. Lisboa. Janeiro - Março 2007. ISSN 0870-8231 p.153-157

PROGRAMA NACIONAL DE ACÇÃO AMBIENTE E SAÚDE – **Relatório de Actividades da EP Solos e Sedimentos 2009/2011** Disponível em <http://www.apambiente.pt/politicasantambiente/AmbienteSaude/emportugal/Paginas/default.aspx> [consultado a 02 de Fevereiro de 2012]

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS – **REPE** - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro; [Consultado a 02 de Julho de 2011 às 11h10] Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS – **Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo (RIFA) – 2010**. Departamento de Planeamento e Formação, Junho 2010 [Consultado consultado a 16 de Fevereiro 2012 às 09h], Disponível em: <http://sefstat.sef.pt>

SILVA, L. – **Promoção da Saúde**. Universidade Aberta. Lisboa. 2002 ISBN 972-674-361-3 p.303

SOUSA, FÁBIO – **Os Enfermeiros E... O Empowerment em Saúde... - Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever** – Ordem dos Enfermeiros, 2010. [Consultado a 16 de Junho de 2011 às 14h00] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência, 1999. P.230-627. ISBN 972-8383-05-3 p.970-1011

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – **Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusociência, 2011. p.230-627. ISBN 978-989-8075-29-1

TAVARES, A. – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. 1990. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

UNESCO - **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural** [Consultado em 16 de Fevereiro de 2012 às 21h). Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org>

Documentação não publicada:

CENTRO COMUNITÁRIO – Centro Comunitário CRIAR-T Associação de Solidariedade Social. Novembro 2005.

DIAGNÓSTICO SOCIAL DO SEIXAL – Câmara Municipal do Seixal. Divisão de Acção Social – Conselho Local de Acção Social do Seixal. 2009

7. ANEXOS

ANEXO I – Fotografia de canalizações e ligações eléctricas ilegais do bairro



Foto de Ana Bartolomeu (Outubro, 2011)

ANEXO II – Formulário utilizado como instrumento de colheita de dados

FORMULÁRIO APLICADO À COMUNIDADE DE VALE DE CHÍCHAROS

Sou Enfermeira do Hospital Garcia de Orta, EPE, a frequentar o Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa e encontro-me a realizar um estudo sobre “Diagnóstico de Saúde da Comunidade”, que pretende conhecer o estado de saúde e expectativas da população.

A sua colaboração é de extrema importância para o presente estudo.

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

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



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"/> _____ |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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:

- estão desempregados são reformados
- nunca trabalharam são trabalhadores
- 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 da Amora (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?

- Pat. auditiva Pat. neurológica
 Pat. cardiovascular 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-esqueléticas | |
| <input type="checkbox"/> Pat. endócrina | <input type="checkbox"/> Pat. psiquiátrica | |
| <input type="checkbox"/> Pat. gastroenterológica | <input type="checkbox"/> Pat. renal | |
| <input type="checkbox"/> Pat. ginecológica | <input type="checkbox"/> Pat. respiratória | |
| <input type="checkbox"/> Pat. hepática | | |
| <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:

- | | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatite A | <input type="checkbox"/> Hepatite C | <input type="checkbox"/> VDRL (Sífilis) |
| <input type="checkbox"/> Hepatite B | <input type="checkbox"/> Tuberculose Pulmonar | <input type="checkbox"/> VIH/Sida |
| <input type="checkbox"/> Outras. Quais? _____ | | |

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

- Não recorrem
- Consulta médica:
- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doença | <input type="checkbox"/> 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:

- < 2 copos 11 a 20 copos
 3 a 5 copos > 20 copos
 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.

- <5 cigarros/dia 41 a 60 cigarros/dia
 6 a 10 cigarros/dia 61 a 80 cigarros/dia
 11 a 20 cigarros/dia 81 a 100 cigarros/dia
 21 a 40 cigarros/dia >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?

- Várias vezes ao dia Uma vez por mês
 Uma vez por dia Raramente
 Uma vez por semana

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

- Cocaína Heroína

- Ecstasy LSD
 Haxixe/Marijuana
 Outra. Qual? _____

Caracterização das condições habitacionais

18. Qual o regime de ocupação da habitação?

- Alugada Própria (em aquisição)
 Cedida Própria (já paga)
 Parte da habitação alugada Social
 Não sabe/Não informa

19. Quantas assoalhadas possui a habitação?

- T0 T3
 T1 T4
 T2
 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

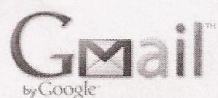
- Meio ambiente
- Métodos anticoncepcionais
- Orientação Legal
- Orientação profissional
- Patologias
- Outra. Qual? _____

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

Obrigado pela sua participação!

ANEXO III – Pedido de autorização para uso do formulário

Página Web 1 de 1



Daniela Santos <danielambrosantos@gmail.com>

Fwd: Autorização para reprodução do formulário para diagnóstico de saúde

1 mensagem

ana bartolomeu <bartolomeu.ana@gmail.com>
Para: danielambrosantos@gmail.com

12 de maio de 2011 21:08

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Isabel Fonseca** <isabel.nunes.fonseca@gmail.com>

Data: 11 de maio de 2011 21:51

Assunto: Autorização para reprodução do formulário para diagnóstico de saúde

Para: Ana <bartolomeu.ana@gmail.com>

Serve o presente mail para autorizar, as Enfermeiras Ana Bartolomeu e Daniela Santosa, a reproduzir o formulário por mim aplicado no diagnóstico de saúde do Bairro Vale do Forno Odivelas, no âmbito da Unidade Curricular Estágio, inserida no Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Odivelas, 11/05/2011
Isabel Mercedes Mendes Nunes Fonseca

ANEXO IV – Pedido de autorização ao Director do ACES Seixal-Sesimbra, para aplicação dos formulários



Atorito
ARSLVT, IP
ACES SEIXAL SESIMBRA
Luís Amaro
Director Executivo

13.5.011

Maio de 2011-05-13

Ex.mo Senhor

Director do ACES Seixal – Sesimbra

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação de questionários.

Somos alunas do curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, a realizar a Unidade Curricular Estágio na UCC-Seixal, onde pretendemos iniciar uma investigação.

Esta investigação tem por objectivo realizar um diagnóstico de saúde das comunidades dos bairros Quinta da Princesa e Vale de Chicharos, pertencentes à freguesia de Amora, cujo processo de recolha de dados decorrerá nos meses de Maio e Junho de 2011.

Em conformidade com o exposto, solicitamos a devida autorização para a aplicação dos questionários inerentes ao estudo.

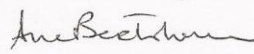
Os resultados deste trabalho, têm aplicabilidade na Programação das Actividades da UCC e serão posteriormente facultados a V. Ex.ª

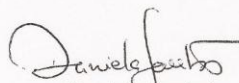
Esperamos com este estudo, contribuir de forma positiva para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à comunidade e para a adequação das respostas às reais necessidades da população alvo.

Sem outro assunto de momento, agradecemos toda a atenção dispensada.

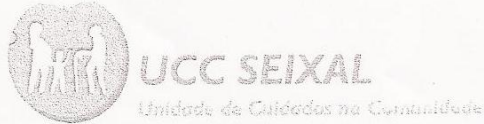
Atenciosamente

As Alunas


(Ana Bartolomeu)


(Daniela Santos)

ANEXO V – Pedido das instalações da CRIAR-T para a aplicação dos formulários



Maio de 2011-05-16

Ex.mo Senhor

Fernando Marques

Presidente da CRIART

ASSUNTO: Pedido de autorização para utilização das instalações da CRIAR-T

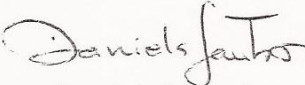
Na sequência da visita realizada à CRIAR-T e do contacto telefónico estabelecido com a Sr^a Enfermeira Júlia Matos da UCC- Seixal, vimos por este meio solicitar a autorização para uso das vossas instalações para realização de questionários à população residente em Vale de Chicharos.

Os questionários têm como finalidade identificar os Problemas de Saúde existentes na população alvo, de modo a adequar os Cuidados de Saúde a prestar, com recurso à Unidade Móvel, no quadro da parceria existente, muito particularmente com a CRIART.

Sem outro assunto de momento, agradecemos toda a atenção dispensada.

Atenciosamente

Enfermeira a frequentar o Mestrado
de Especialização em Enfermagem Comunitária


(Daniela Santos)

ANEXO VI – Nota informativa à população de divulgação da realização do diagnóstico de saúde



INFORMAÇÃO

Informamos todas as famílias do Bairro de Vale de Chícharos que, nos meses de Maio e Junho, a Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES Seixal-Sesimbra, em colaboração com o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, irá realizar um estudo destinado a compreender melhor as necessidades de saúde dos residentes.

Este trabalho será desenvolvido no quadro da parceria em articulação com a CRIAR-T, tendo como finalidade adequar a intervenção comunitária a desenvolver no local, com recurso à Unidade Móvel de Saúde.

Será garantida a confidencialidade e o anonimato de todos aqueles que participem neste estudo.

Agradecemos a vossa colaboração!

ANEXO VII – Resultados do diagnóstico de saúde

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE VALE DE CHÍCHAROS

1. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os dados através da aplicação do instrumento de colheita de dados. O formulário aplicado está estruturado da seguinte forma:

- Caracterização do agregado familiar;
- Caracterização do estado de saúde da população;
- Caracterização das condições habitacionais;
- Expectativas da população.

Foram aplicados 40 formulários, a 40 agregados familiares num total de 140 sujeitos. Desta forma, os dados ao longo desta análise são interpretados por agregado familiar e número total de sujeitos.

1.1. DIMENSÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Agregado familiar

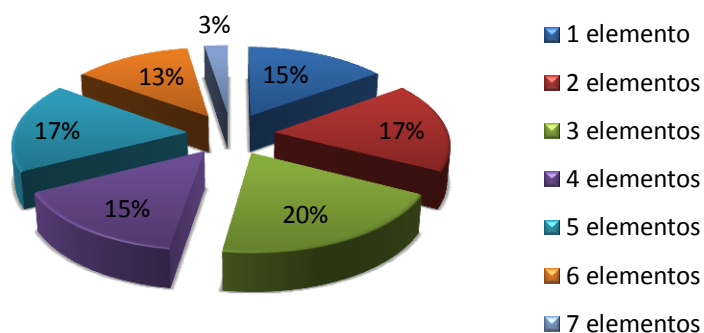


Gráfico n.º 1 – Distribuição do número de elementos por agregado familiar

Idade/Gênero

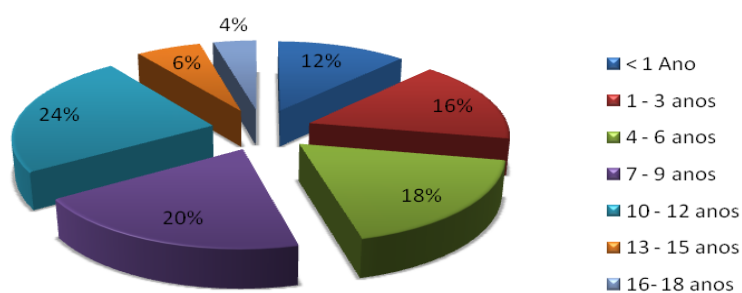


Gráfico n.º 2 – Distribuição dos elementos com idade inferior a 18 anos, por faixa etária

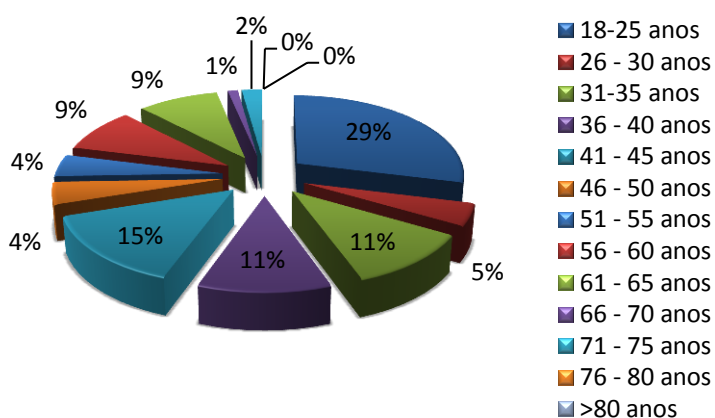


Gráfico n.º 3 – Distribuição dos elementos com idade superior a 18 anos, por faixa etária

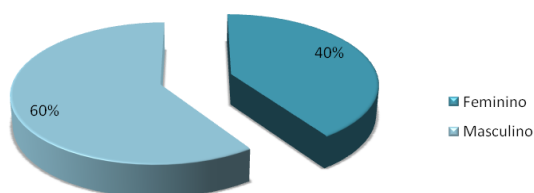


Gráfico n.º 4 – Distribuição dos elementos com idade inferior a 18 anos, segundo o género

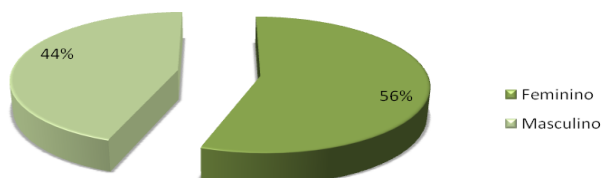


Gráfico n.º 5 - Distribuição dos elementos com idade superior a 18 anos, segundo o género

Nacionalidade e Naturalidade

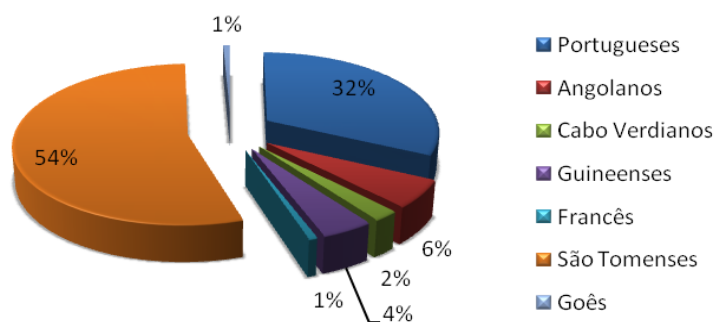


Gráfico n.º 6 – Distribuição dos sujeitos segundo a nacionalidade

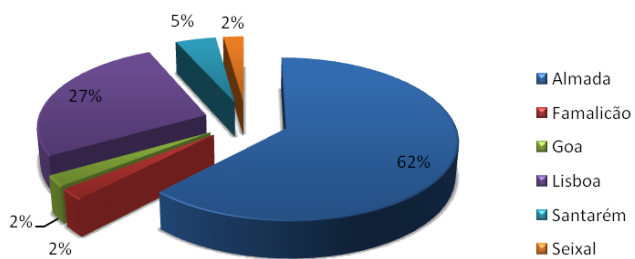


Gráfico n.º 7 – Distribuição dos sujeitos segundo a naturalidade

Religião

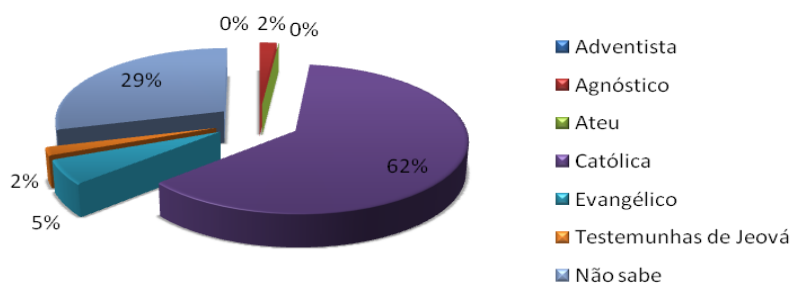


Gráfico n.º 8 - Distribuição dos sujeitos segundo as opções religiosas

Escolaridade

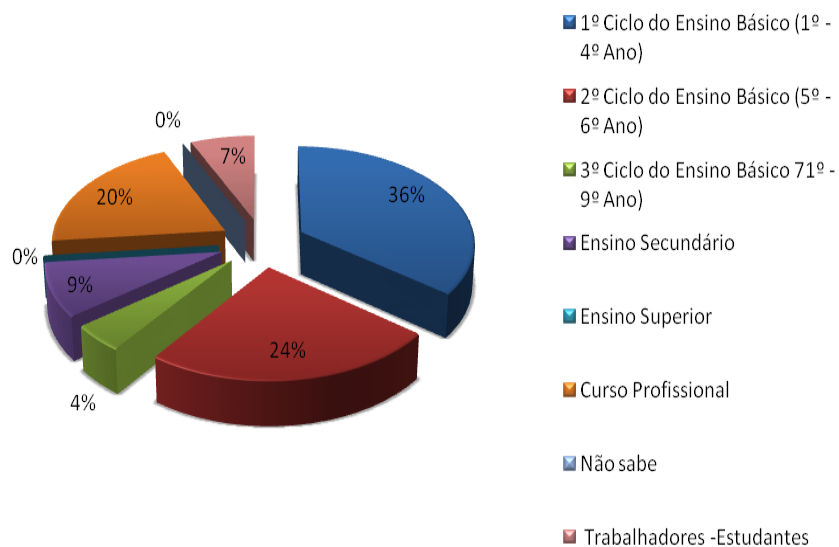


Gráfico n.º 9 – Distribuição dos elementos segundo a escolaridade que frequentam

Situação Laboral

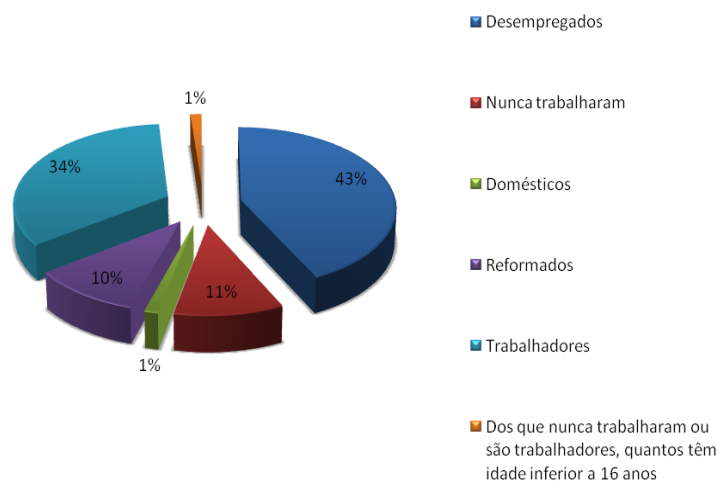


Gráfico n.º 10 – Distribuição dos elementos por situação laboral

Grau de Instrução

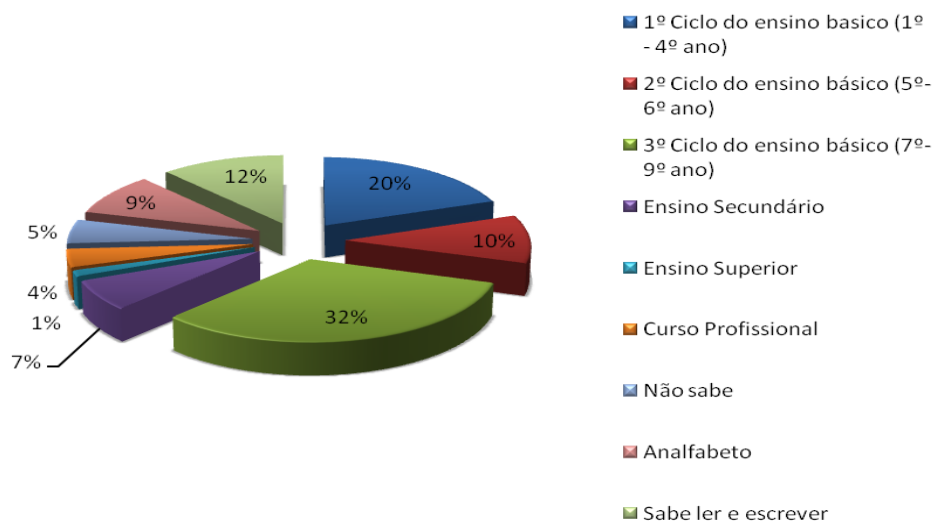


Gráfico n.º 11 – Distribuição dos elementos segundo o grau de escolaridade

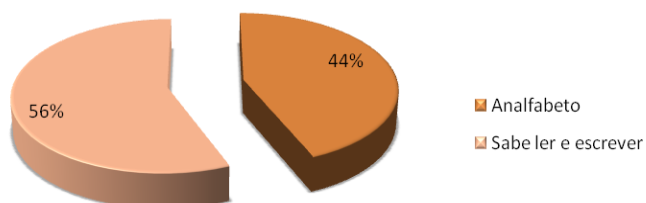


Gráfico n.º 12 - Distribuição dos elementos sem grau de instrução

Vínculo Laboral

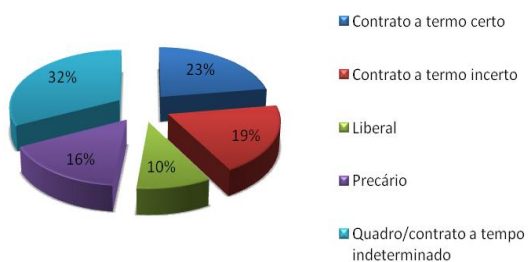


Gráfico n.º 13 - Distribuição dos sujeitos segundo o vínculo laboral

Distância e meio de deslocação

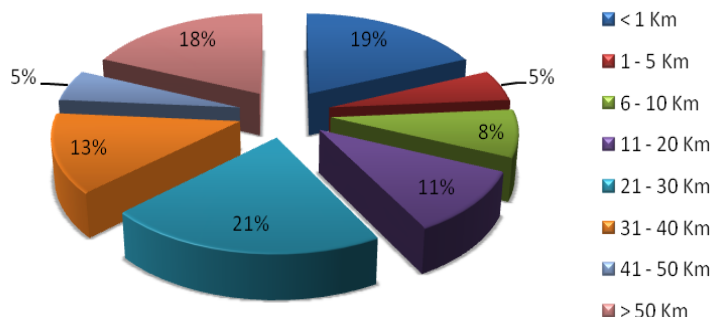
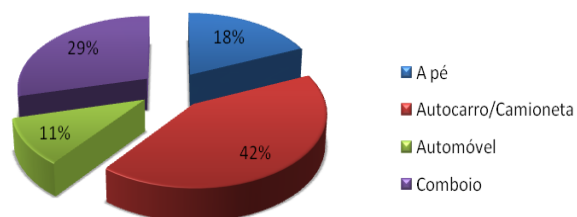


Gráfico n.º 14 - Distribuição dos sujeitos segundo a maior distância percorrida

Gráfico n.º 15 - Distribuição dos sujeitos quanto ao meio de deslocação utilizado



Actividades recreativas e local de reunião com os amigos

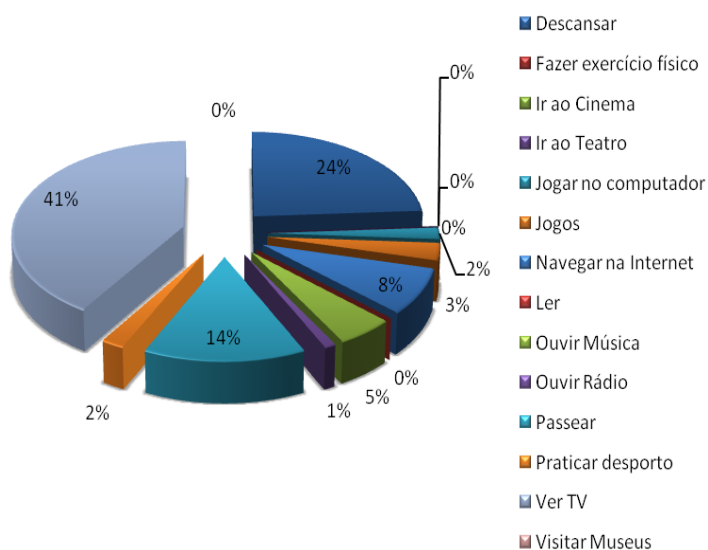


Gráfico n.º 16 - Distribuição dos sujeitos segundo as actividades de lazer

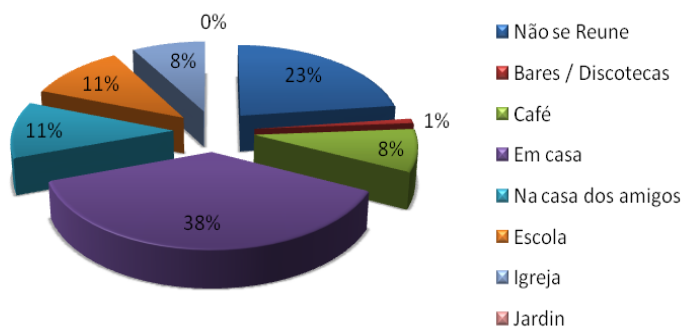


Gráfico n.º 17 - Distribuição dos sujeitos segundo o local de encontro com os amigos

1.2. DIMENSÃO REFERENTE AO ESTADO DE SAÚDE

Inscrição no Centro de Saúde e atribuição de Médico de Família

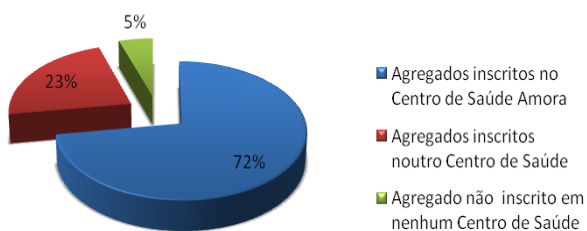


Gráfico n.º 18 - Distribuição dos agregados segundo inscrição no Centro de Saúde

Gráfico n.º 19 - Distribuição dos agregados quanto à atribuição de médico de família

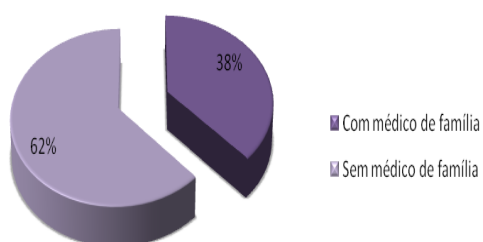
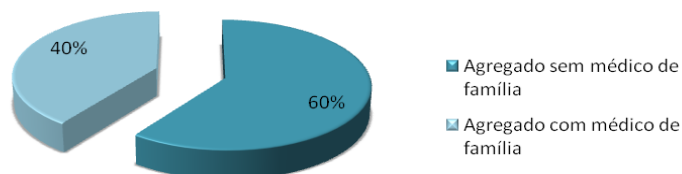


Gráfico n.º 20 - Distribuição dos agregados inscritos no Centro de Saúde da Amora quanto à atribuição de médico de família

Vigilância de Saúde

No que concerne à vigilância de saúde, analisa-se através do gráfico n.º 21 que 60% dos sujeitos realizam vigilância de saúde.

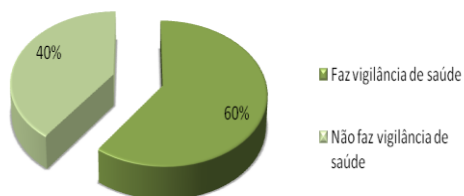


Gráfico n.º 21 - Distribuição dos sujeitos segundo a realização de vigilância de saúde

Gráfico n.º 22 - Distribuição dos sujeitos segundo o tipo de vigilância de saúde

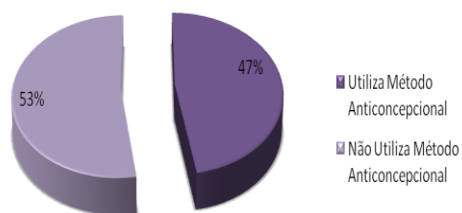
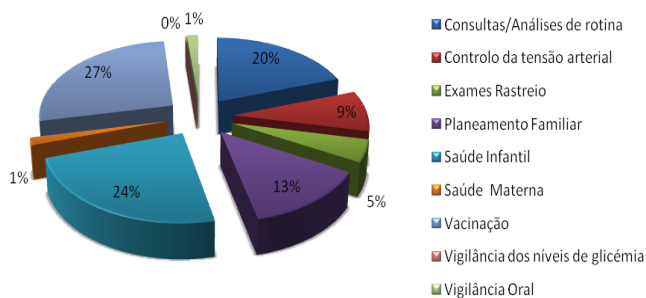
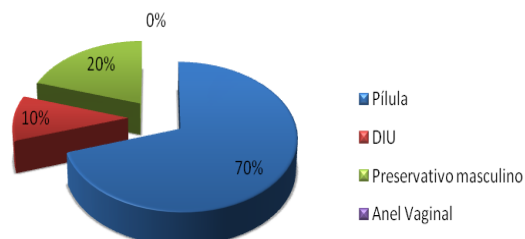


Gráfico n.º 23 - Distribuição dos sujeitos quanto ao uso de método anticoncepcional

Gráfico n.º 24 - Distribuição dos sujeitos quanto ao método contraceptivo



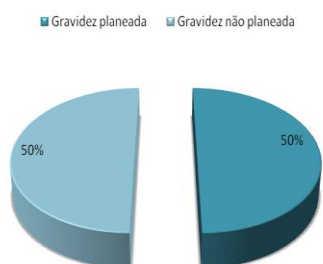


Gráfico n.º 25 - Distribuição dos sujeitos segundo planeamento da gravidez

Patologias existentes

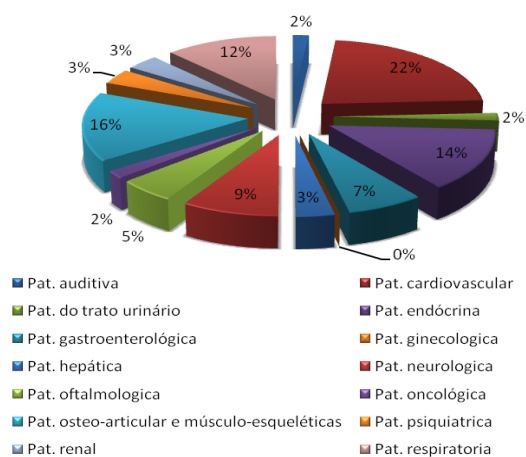


Gráfico n.º 26 - Distribuição dos sujeitos segundo as patologias

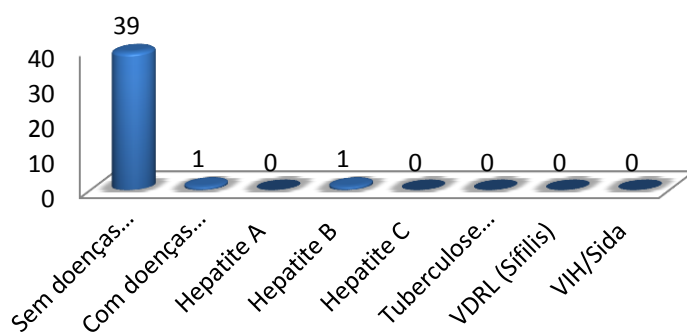


Gráfico n.º 27 - Distribuição dos sujeitos segundo as doenças transmissíveis

Situações em que recorrem ao Centro de Saúde

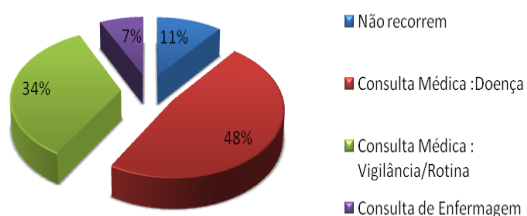


Gráfico n.º 28 - Distribuição dos sujeitos segundo as situações em que recorrem ao Centro de Saúde

Entidade a que recorrem em situação de doença

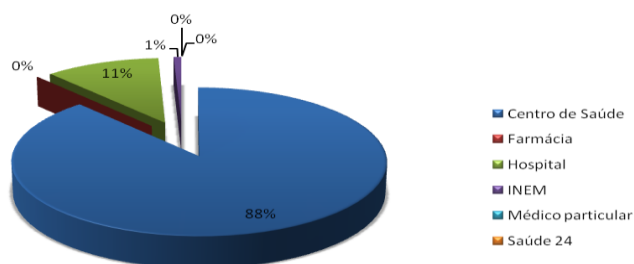


Gráfico n.º 29 - Distribuição dos sujeitos quanto ao local onde recorrem em caso de doença

Consumo de substâncias: álcool, tabaco e drogas ilícitas

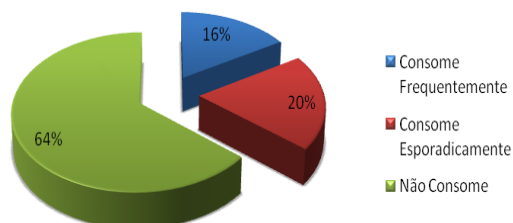


Gráfico n.º 30 - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo de bebidas alcoólicas

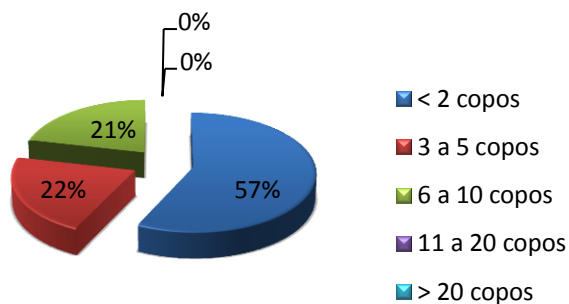


Gráfico n.º 31 - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo diário de bebidas alcoólicas

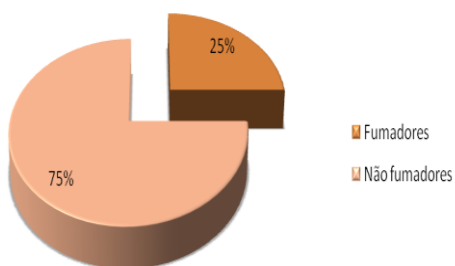
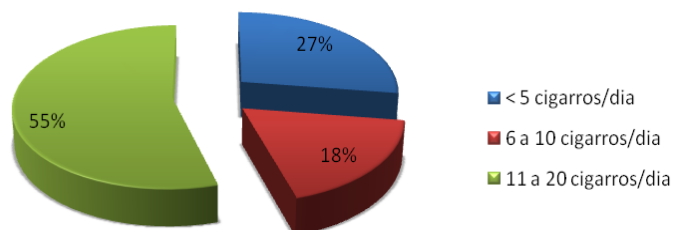


Gráfico n.º 32 - Distribuição dos sujeitos segundo o consumo de tabaco

Gráfico n.º 33 - Distribuição dos sujeitos segundo os hábitos tabágicos diário



1.3. DIMENSÃO HABITACIONAL

Regime de ocupação de habitação

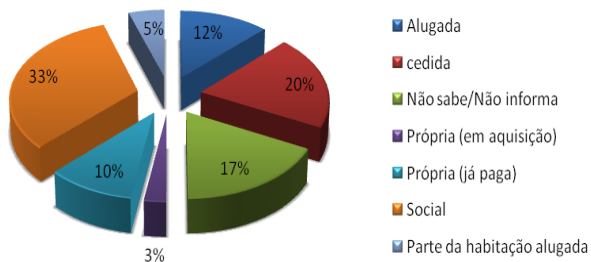


Gráfico n.º 34 - Distribuição dos sujeitos por regime de habitação

Tipologia das habitações

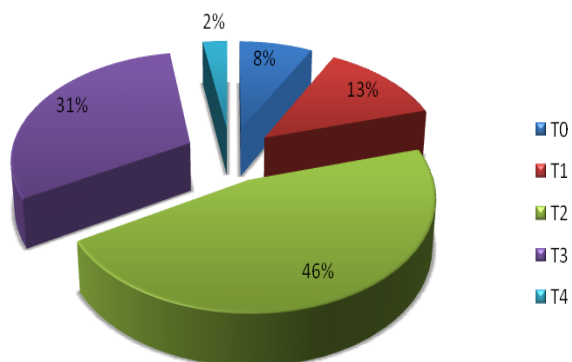


Gráfico n.º 35 - Distribuição dos sujeitos por tipologia de habitação

Origem da água consumida

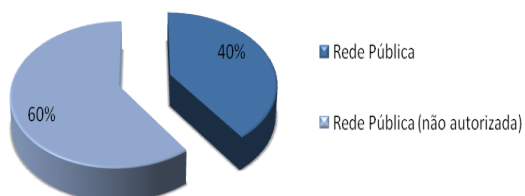


Gráfico n.º 36 - Distribuição de origem da água consumida

Condições habitacionais

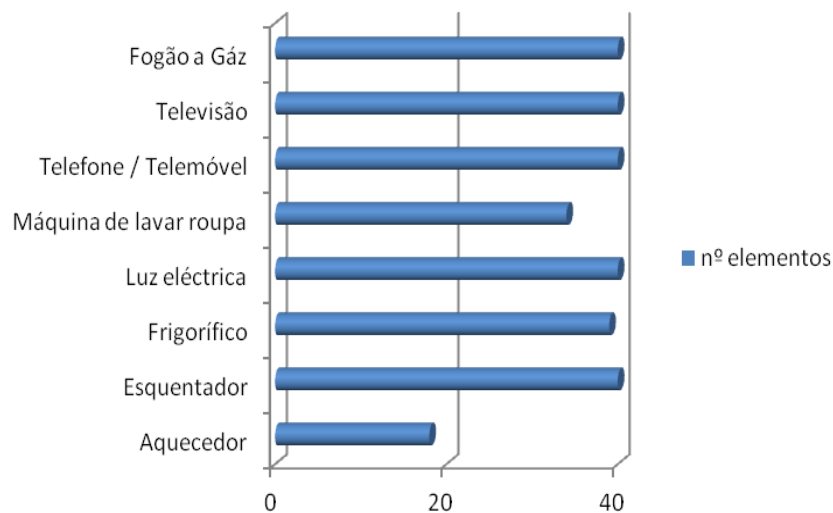


Gráfico n.º 37 - Distribuição dos agregados segundo condições habitacionais

Existência de Animais e Vigilância Veterinária

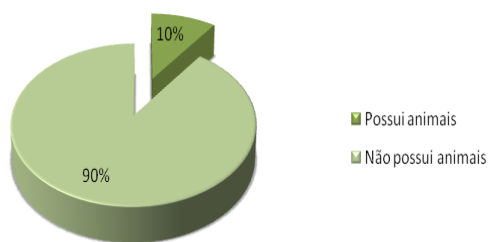


Gráfico n.º 38 - Distribuição dos sujeitos quanto à existência de animais

Gráfico n.º 39 - Distribuição de animais segundo a espécie

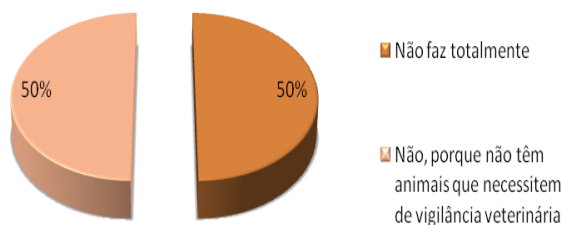
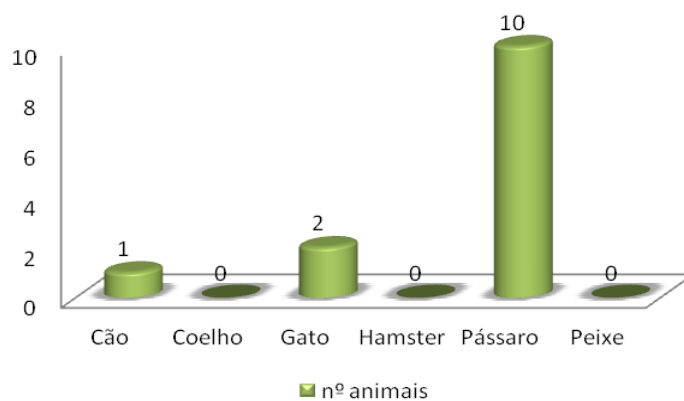


Gráfico n.º 40 - Distribuição dos animais quanto à vigilância veterinária

1.4. DIMENSÃO RELATIVA ÀS EXPECTATIVAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Interesse em receber informação variada

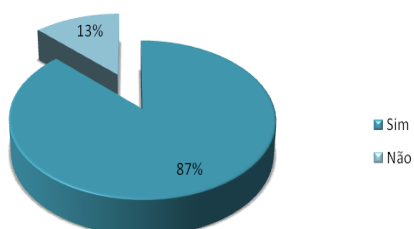


Gráfico n.º 41 - Distribuição dos inquiridos quanto ao interesse em receber informação variada

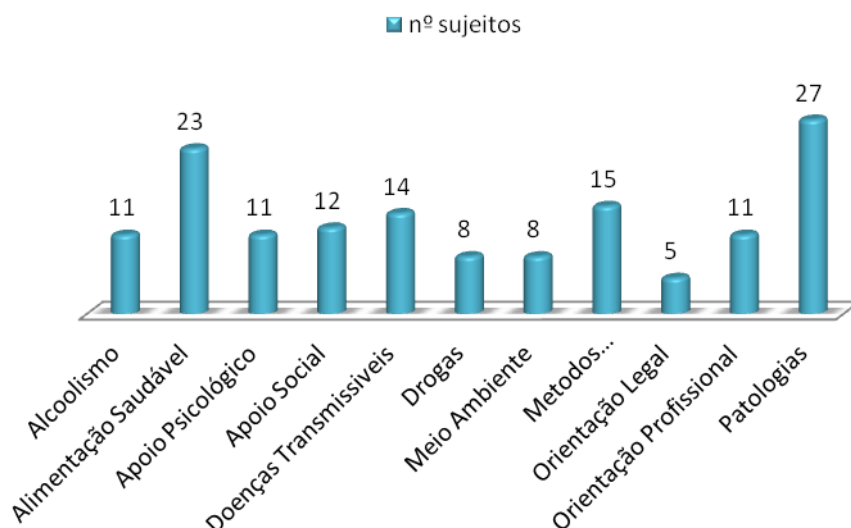


Gráfico n.º 42 - Distribuição dos inquiridos quanto ao interesse em receber informação variada

Conceito de viver com saúde

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Ambiente Saudável	<p>"É ter a casa sempre limpa, em baixo temos doença com água parada, é eliminar aquilo e comprar produtos para limpar os mosquitos, ter as condições mínimas" F.6</p> <p>"Ter uma boa alimentação, higiene, o pobre é uma pessoa limpa." F.29</p> <p>" (...) viver num sítio limpo." F.35</p>
Ausência de doença	<p>"Estar tudo bem, não gastar dinheiro em medicamentos." F.9</p> <p>"Viver saudável." F.12</p> <p>"Não sei. É não estar doente." F.13</p> <p>"É estar tudo bem, nada de problemas, uma pessoa saudável. Bem-estar físico, mental e social, com ausência de doença." F.16</p> <p>"É não ter grandes problemas de doença, sei lá, não sei." F.23</p> <p>"É ter saúde." F.25</p> <p>"É viver saudável." F.32</p> <p>"É viver bem, sem doenças que incomodem." F.33</p> <p>"Uma pessoa não ser doente (...)" F. 35</p> <p>"É não ter doenças, está no primeiro lugar." F.37</p> <p>" (...) não ter doenças." F.39</p>
Ausência de Solidão	<p>"É estar tudo bem, nada de problemas, uma pessoa saudável." F.16</p>
Estabilidade	<p>"...se eu não estivesse doente não estaria aqui agora." F. 2</p> <p>"É viver normal." F.30</p>

Felicidade	<p>"Ter saúde é a maior felicidade para o ser humano, a gente sem felicidade, a vida é uma desgraça (...)" F.2</p> <p>"Estar alegre (...)" F.15</p>
Hábitos saudáveis	<p>"Não fumar, não beber, uma boa alimentação, fazer um bocadinho de desporto e respirarmos ar puro penso que seja um bocadinho disso tudo" F.1</p> <p>"É boa alimentação..." F.4</p> <p>"É não se proteger por exemplo, as coisas que comemos, não sei explicar mais." F.5</p> <p>"Estar bem, ter alimentação saudável, ser regrado." F.8</p> <p>"Estar bem alimentado e saber o que vai alimentar (...)" F.14</p> <p>"Ter tudo mais ou menos organizado, limpar as coisas, tratar bem a nossa vida, não ficar muito tempo sem comer." F.17</p> <p>"Manter uma vida saudável, praticar desporto, não beber, não fumar." F.20</p> <p>"Tem de ter higiene, tomar banho, ter comida limpa, essas coisas todas." F.26</p> <p>"Ter uma boa alimentação, higiene, o pobre é uma pessoa limpa." F.29</p>
Manutenção de capacidades	<p>"Viver sem dores" F.7</p> <p>"É estar bem." F.21</p> <p>"Essas doenças que eu tenho não gostaria de ter, porque não consigo fazer nada, é como para o estômago, não vivo bem assim, não tenho saúde." F.40</p>
Paz	<p>" (...) viver em paz acho que dá boa saúde à pessoa" F.4</p>
Recursos de Saúde	<p>"É ter assistência médica e medicamentos." F.34</p>
Saúde como bem essencial	<p>"É uma coisa que a gente precisa, a saúde é tudo, faz falta a todo o mundo, são coisas que a gente não consegue explicar, é uma coisa que toda a gente quer em primeiro lugar, é ter saúde para mim e para a minha família." F.3</p> <p>"É bom." F.10</p> <p>"É bom. Muitíssimo bom para os dois." F.11</p> <p>"É muito bom." F.19</p> <p>"É melhor, se a gente está de saúde corre bem." F.22</p> <p>"Não sei explicar isso, sem saúde a gente não vive." F.24</p> <p>"É bom, quem me dera, é a coisa melhor que nós temos." F.27</p> <p>"É viver bem, estar bem de saúde." F.31</p> <p>"É viver bem." F.36</p> <p>"Acho que é viver bem, com saúde." F.38</p>
Vigilância de saúde	<p>"(...) ser acompanhado pelo médico, fazer as vacinas e principalmente a higiene, faz parte do viver com saúde." F.28</p>

Perante este diagnóstico de saúde, pode-se concluir que as problemáticas existentes neste bairro, são várias, de entre elas destacam-se:

- **62% dos inquiridos não têm médico de família,**
- **apenas 20% efectuam consultas ou análises de rotina,**

- somente **27% realizam vacinação**,
- recorrem ao centro de saúde para consulta de **Saúde Infantil 24%** da amostra,
- **nenhum dos inquiridos fazem Vigilância dos níveis de glicemia capilar**, no entanto **13% dos inquiridos possuem patologia endócrina**,
- somente **9% fazem controlo da Tensão Arterial** sendo que **22% referem Patologia cardiovascular**,
- apenas **53%** dos inquiridos refere utilizar **métodos anticoncepcionais**,
- **50% das Gravidezes não são planeadas**,
- somente **13% fazem Planeamento Familiar**,
- **recorrem à consulta de Enfermagem 7%**,
- **1% fazem Vigilância Oral**.

ANEXO VIII – Fotografias que ilustram a problemática ambiental de Vale de Chícharos



Foto de Ana Bartolomeu (Outubro, 2011)



Foto de Ana Bartolomeu (Outubro, 2011)

ANEXO IX – Pedido de autorização aos encarregados de educação à vacinação dos seus educandos



DECLARAÇÃO

Os enfermeiros da UCC Seixal ao analisar o estado vacinal do seu educando _____, verificou que tem a vacinação em atraso. Estamos disponíveis para efectuar a vacinação nas instalações da CRIAR-T.

Para o efeito necessitamos da sua autorização.

Autorizo que o meu educando _____ seja vacinado nas instalações da CRIAR-T.

Assinatura do Encarregado de Educação:

Janeiro de 2012

ANEXO X – Cartaz em formato de banda desenhada realizado pelas crianças sobre a vacinação

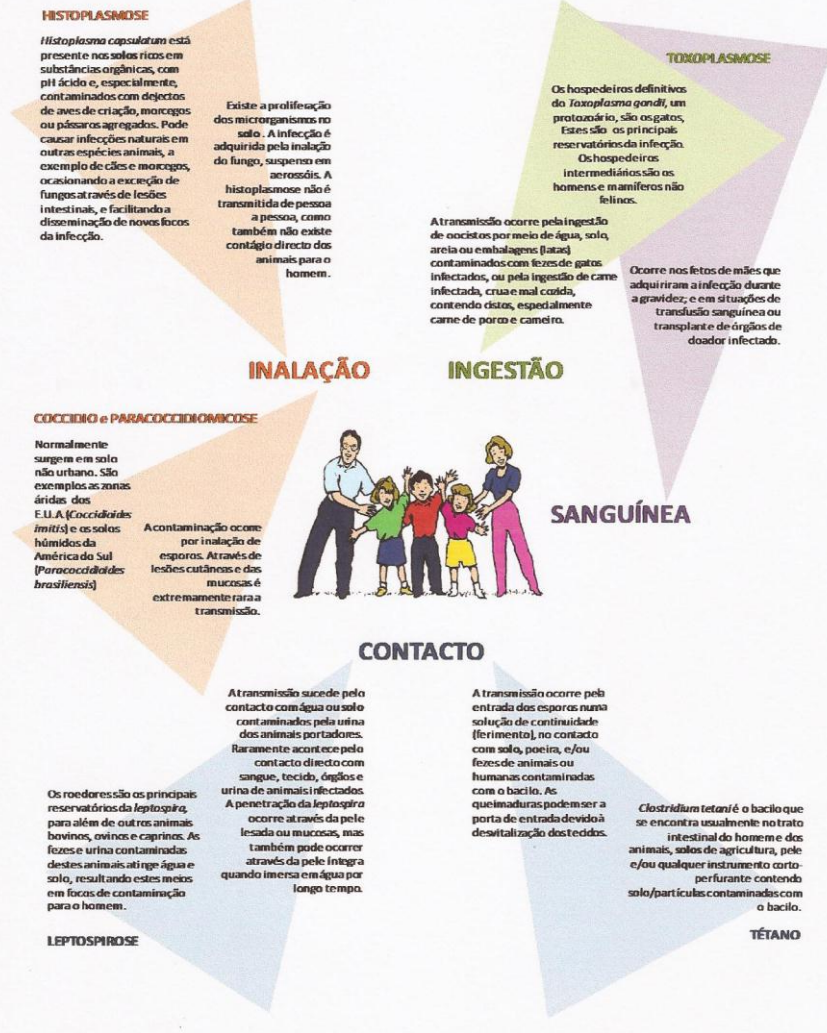


Foto de Daniela Santos (Janeiro 2012)

ANEXO XI – Exemplo de modelo de contaminação via exposição-receptor



EP Solo e Sedimentos



ANEXO XII – Pedido de autorização aos encarregados de educação para participação dos seus educandos na formação e vigilância de saúde oral



AOS PAIS / ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

Durante o Ano-Lectivo irá decorrer nas instalações da CRIAR-T o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

O seu filho terá a oportunidade de participar neste programa, afim de se tornar mais saudável.

Fazem parte deste Programa as seguintes acções:

- Ensinos sobre temas de Saúde Oral
- Rastreios orais
- Realização da escovagem dos dentes (Jardim de Infância)
- Tratamentos dentários (se necessário - Via Cheques Dentista/Higienista oral)

Para qualquer esclarecimento contacte a Higienista Oral no Centro de Saúde de Amora. (21.2274200 ext. 228) ou a Unidade Móvel que se desloca ao Bairro às terças-feiras à tarde.

IMPORTANTE:

Esta autorização é válida para todas as actividades a realizar no âmbito do Programa de Saúde Oral durante o 1.º ciclo escolar.

ACES Seixal / Sesimbra
URAP - HIGIENE ORAL
Zita Avó
Higienista Oral

Dr.ª Zita Avó (Higienista Oral)

Cortar pelo tracejado e entregar à professora do seu educando

✂-----

Nome do Educando:

Jardim de Infância: _____ Educadora: _____ Data: ___ / ___ / _____

AUTORIZO que o meu educando realize todas as acções (incluindo a Escovagem)

NÃO AUTORIZO que o meu educando realize todas as acções (incluindo a Escovagem)

Assinatura do Encarregado de Educação

*Caso esta autorização não seja entregue ao professor, o respectivo educando realizará as acções.

ANEXO XIII - Notícia do Boletim da Câmara Municipal do Seixal sobre acção de limpeza
em Vale de Chicharos



Vale de Chícharos

Moradores participam em ação de limpeza

A ação de limpeza comunitária, realizada no bairro de Vale de Chícharos, no passado dia 28 de janeiro, permitiu a recolha de 14 toneladas de resíduos sólidos urbanos. Esta iniciativa contou com a participação da Câmara Municipal do Seixal, do Agrupamento de Centros de Saúde Seixal-Sesimbra, através da Unidade Cuidados na Comunidade do Seixal e da Unidade de Saúde Pública, e da CRIAR-T – Associação de Solidariedade.

Para além das instituições acima referidas, cerca de 35 moradores do bairro colaboraram na ação de limpeza, resultado do trabalho de sensibilização que decorreu na semana anterior à iniciativa, com o intuito de os mobilizar. A primeira ação de sensibilização teve lugar no dia 25 de janeiro, nas instalações da CRIAR-T, e contou com a participação de cerca de 30 pessoas. Durante a sessão, técnicos da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal e da Unidade de Saúde Pública alertaram para o perigo da acumulação de lixo para a saúde pública. A segunda decorreu no dia 27 de janeiro e consistiu na mobilização de pessoas através do método de porta-a-porta, junto dos espaços de comércio e de recreio do bairro. Esta ação foi levada a cabo por técnicos da autarquia.

Anualmente, a Câmara Municipal do Seixal, em colaboração com algumas associações do bairro de Vale de Chícharos, como a Associação de Moradores e a CRIAR-T – Associação de Solidariedade, organiza ações de limpeza comunitária no bairro. Mobilizar os moradores para a colocação do lixo doméstico nos locais destinados para o efeito e minimizar os riscos para a saúde pública resultantes da acumulação de lixo a céu aberto são alguns dos objetivos destas iniciativas de sensibilização da comunidade para as questões de saúde ambiental, que promovem comportamentos saudáveis e a prática de uma cidadania ativa.

ANEXO XIV – Poster “Conhecer para Intervir”

ACES SEIXAL-SESIMBRA
GRUPO DE CENTROS DE SAÚDE DA PENÍNSULA DE SETÚBAL

UCC SEIXAL
Unidade de Cuidados na Comunidade

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CONHECER PARA INTERVIR

Ana Bartolomeu • Daniela Santos

INTRODUÇÃO

O Diagnóstico de Saúde dos Bairros da Quinta da Princesa e de Vale de Chicharos, correspondeu a uma necessidade identificada pela UCC Seixal, face à sua expansão à freguesia da Amora. Foi desenvolvido no âmbito do estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Saúde Comunitária da Universidade Católica Portuguesa nos meses de Maio e Junho de 2011.

METODOLOGIA

Delineou-se um estudo quantitativo, não experimental, descritivo simples, transversal, tendo sido realizada a análise quantitativa através da estatística descritiva para o tratamento dos dados. Foram aplicados formulários a 26,8% e 28,3% do total dos sujeitos em Vale de Chicharos e Quinta da Princesa respectivamente.

RESULTADOS BAIRRO QUINTA DA PRINCESA

- 26% Consultas/análises de rotina;
- 28% Vacinação;
- 20% Saúde Infantil;
- 1% Vigilância dos níveis de glicémia capilar embora 16% refiram Patologia endócrina;
- 13% Controlo da Tensão arterial embora 36% refiram Patologia cardiovascular;
- 67% Não utilizam método anticoncepcional;
- 50% das Gravidezes não são planeadas;
- 8% fazem Planeamento Familiar;
- 1% fazem Vigilância Oral;
- 2% Recorrem à consulta de Enfermagem.

RESULTADOS BAIRRO DE VALE DE CHÍCHAROS

- 20% Consultas/análises de rotina,
- 27% Vacinação;
- 24% Saúde Infantil;
- 0% Vigilância dos níveis de glicémia capilar embora 13% refiram Patologia endócrina;
- 9% Controlo da Tensão arterial embora 22% refiram Patologia cardiovascular;
- 53% Não utilizam método anticoncepcional;
- 50% das Gravidezes não são planeadas;
- 13% fazem Planeamento Familiar;
- 1% fazem Vigilância Oral;
- 7% Recorrem à consulta de Enfermagem.

CONCLUSÃO

Como resultado do Diagnóstico de situação, a UCC Seixal alargou a Intervenção do Programa “Saúde sobre Rodas” com recurso à unidade Móvel aos Bairros da Quinta da Princesa e Vale de Chicharos. Implementou-se uma resposta dirigida aos problemas identificados, em articulação com as diferentes parcerias implicadas. Em reunião de peritos e com base nas inúmeras problemáticas identificadas, definiram-se como prioritárias, o planeamento familiar e a vacinação no bairro da Quinta da Princesa e a saúde oral, vacinação e saúde ambiental no bairro de Vale de Chicharos, cujos projectos já foram iniciados e integrados em termos de continuidade na intervenção global da UCC Seixal nos respectivos bairros.

BIBLIOGRAFIA

FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 2009. 388p. ISBN 972-8383-10-X
IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – *Metodologia do planeamento da saúde: manual para em serviços centrais, regionais e locais*. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993,200p.;

