



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Saúde Comunitária

“ENFERMAGEM MAIS PERTO”

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

Por: Paula Alexandra Marques Martins

LISBOA, Março de 2012



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

Saúde Comunitária

“ENFERMAGEM MAIS PERTO”

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

Paula Alexandra Marques Martins

Sob orientação da Prof^ª Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, Março de 2012

PENSAMENTO

Ainda que os teus passos pareçam inúteis, vai abrindo caminhos, como a água que desce cantando da montanha. Outros te seguirão...

(Saint-Exupéry)

RESUMO

O presente relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, pretende espelhar a **Unidade Curricular Estágio**, dividida em três módulos distintos, sendo que o primeiro e segundo foram realizados na Unidade de Cuidados na Comunidade - UCC Infante, mais concretamente no Centro de Saúde de Lagos e o terceiro foi realizado em Évora no âmbito de um Projeto Nacional, de uma Organização Não Governamental (ONG) Médicos do Mundo.

A diversidade cultural é hoje uma realidade indiscutível nas sociedades, conduzindo a importantes mudanças nos seus diferentes contextos. No setor da saúde os desafios assumem especial relevância para os enfermeiros que intervêm na comunidade. No que respeita à área de abrangência da UCC Infante constata-se em todos os concelhos um aumento de imigrantes, que por um lado fazem com que haja um aumento da população ativa, constituindo também, um grupo populacional mais vulnerável devido a fatores como condições socioeconómicas, diferenças culturais e de comunicação. Todos estes fatores são condicionantes para uma maior dificuldade no que respeita à acessibilidade aos cuidados de saúde e na adesão a determinados programas de saúde que são fundamentais à saúde pública da região. A integração na saúde escolar da UCC permitiu verificar a existência de escolas do 1º ciclo com taxas de cobertura vacinal relativamente baixas, de acordo com a Direção Geral de Saúde.

Tendo por base esta inquietação, no **Módulo I** realizou-se o diagnóstico de saúde da população das Escolas do Sargaçal e Inglesa do Barlavento, uma vez que foram as que apresentaram taxas de cobertura vacinal mais baixas, relativamente aos educandos. Confirmou-se a diversidade cultural nestas 2 escolas. Foram aplicados questionários aos encarregados de educação das 2 escolas. Obteve-se uma amostra de 58% da totalidade da população. O que correspondeu a 43 questionários respondidos pelos encarregados de educação das 2 escolas. Confirmou-se a diversidade cultural, 55,3% da amostra são de Nacionalidade Estrangeira (Inglesa, Holandesa, Brasileira, Ucraniana...). Da amostra, 61,7% refere não ter recebido nenhum tipo de informação local sobre as vacinas do Plano Nacional de vacinação Português; 85,1% considera essa informação importante. Da amostra, 87% dos encarregados de educação demonstram dúvidas e receios sobre as vacinas.

No **Módulo II**, perante os resultados foi elaborado e implementado o projeto “**Falar sobre Vacinação na Comunidade**”. Com este projeto pretende-se criar uma maior proximidade com estas 2 escolas, de forma a, quebrar barreiras de comunicação e aumentar o grau de confiança relativamente aos profissionais de saúde do Centro de Saúde da área de residência.

O **Módulo III** proporcionou a integração em diferentes projetos derivados de contextos comunitários, muito diferentes, dos dois primeiros Módulos, o que possibilitou uma visão e abordagem mais alargada da intervenção comunitária.

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

Palavras – chave: diagnóstico de saúde, diversidade cultural, intervenção comunitária, empoderamento; projeto de intervenção.

ABSTRACT

The present report, under the Master's Degree in Nursing with specialization in Community Nursing, aims to mirror the Stage Curricular Unit, divided into three distinct **modules**, with the **first and second** were held in the Community Care Unit - **UCC Infante**, more specifically at the health center of Lagos and the **third** was held in Évora under a National Project, a Non Governmental Organization **Médicos do Mundo**.

The cultural diversity is an indisputable reality in today's societies, leading to important changes in their different contexts. In the health sector challenges are of particular relevance for nurses involved in the community. As regards the area covered by the UCC Infante notes in all councils, an increase in immigrants, leading to an increase of the active population, constituting also a population group most vulnerable to factors such as socio-economic conditions cultural differences and communication. All these factors are constraints to greater difficulty in terms of accessibility to health care and adherence to certain health programs that are critical to public health in the region. The integration in school health from UCC has shown the existence of schools of the 1st cycle with vaccine coverage rates are relatively low, according to the *Direção Geral de Saúde*. Based on this concern in Module I carried the diagnosis of human health from the Schools of Sargaçal and the English from Barlavento, since they showed coverage rates lower. Confirmed that the cultural diversity in these two schools. Questionnaires were administered to the parents of the two schools. There was obtained a sample of 58% of the total population. What accounted for 43 questionnaires answered by the parents of the two schools. Confirmed the cultural diversity, 55.3% of the sample are of foreign nationality (English, Dutch, Brazilian, Ukrainian). Of the sample, 61.7% stated they don't had received any kind of local information on the Plano Nacional de Vacinação, 85.1% consider this information important. Of the sample, 87% of parents show doubts and fears about vaccines. In Module II, before the results was developed and implemented the project "Talking about vaccination in the community." This project aims to create a closer relationship with these two schools, in order to break down communication barriers and increase the degree of trust in health professionals of the health center area. Module III provided in different projects derived from community settings, very different from the first two modules, allowing for a broader vision and approach for Community intervention.

This route contributed to a personal and professional development skills promoter Specialist Nurse in Community Nursing essential for care proficient at individual, group and community.

Keywords: health diagnosis, cultural diversity, community intervention, empowerment, intervention project.

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais e ao Marco pelo apoio incondicional durante este percurso académico tão marcante na minha vida profissional.

À Enfermeira Ana Rodrigues, minha orientadora de estágio durante o módulo I e II e à equipa dos Médicos do Mundo de Évora, pela orientação, disponibilidade e pelas vivências e saberes partilhados.

À Professora Amélia Simões Figueiredo pela sua disponibilidade e orientação incondicional durante este processo formativo.

A todos aqueles que se cruzaram de forma direta e indiretamente neste meu percurso e que contribuíram de forma indiscutível para o meu crescimento pessoal e profissional.

ABREVIATURAS E SIMBOLOS

UCP- Universidade Católica Portuguesa
ICS - Instituto de Ciências da Saúde
ESPS - Escola Superior Politécnica da Saúde
OE - Ordem dos Enfermeiros
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
CS - Centro de Saúde
CSL - Centro de Saúde de Lagos
UCSP -Unidade de Cuidados de saúde Personalizados
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
DGIDC - Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular
PSP – Polícia de Segurança Pública
PNSE – Plano Nacional de Saúde Escola
PNV - Plano Nacional De Vacinação
ONG - Organização Não Governamental
DGS – Direção geral de Saúde
SINUS – Sistema de Informação Nacional de Unidades de Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
MdM - Médicos do Mundo
RSI - Rendimento Social de Inserção
IMC - Índice de Massa Corporal
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
HIV- Vírus de Imunodeficiência adquirida
INE- Instituto Nacional de Estatística
% - Percentagem
Km – Kilómetro
WHO - World Health Organization
Nº - Número

INDICE

INTRODUÇÃO	10
PARTE I	13
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	13
1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE INFANTE	14
1.1.1 Caracterização sócio - demográfica da população	14
1.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	15
2. DIAGNÓSTICO DO ESTADO VACINAL DE DUAS COMUNIDADES ESCOLARES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UCC INFANTE	17
2.1. OBJETIVOS.....	17
2.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
2.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
2.4- PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	24
2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	33
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	36
3.1. OBJETIVOS.....	36
3.2. PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR: “FALAR SOBRE VACINAÇÃO NA COMUNIDADE”.....	36
3.2.1. Atividades e Estratégias	38
3.2.2. Avaliação do Projeto.....	40
4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	43
PARTE II	45
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – AO ENCONTRO DOS MAIS DESPROTEGIDOS-	45
1. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	46
1.1. ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL - MÉDICOS DO MUNDO	46
1.2. OBJETIVOS.....	47
2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	48
3. PROJETO: ENVELHECIMENTO EM SEGURANÇA - INTERVENÇÃO NO BAIRRO DE SANTIAGO	52

4.COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	54
CONCLUSÃO	55
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	62
Anexo I- Diagnóstico de situação de Saúde, relativo ao estado vacinal de 2 comunidades escolares do 1º ciclo da área de abrangência da UCC Infante	63
Anexo II- Questionário aplicado aos Encarregados de Educação	74
Anexo III – Pedido à DGIDC para Registo de Monitorização de Inquérito em meio escolar.....	79
Anexo IV – Resposta da DGIDC para circulação do questionário em Meio Escolar	82
Anexo V – Pedido de autorização para aplicar o questionário na Escola Inglesa do Barlavento.....	84
Anexo VI- Pedido de autorização para aplicar o questionário à Direção Regional de Educação do Algarve.....	86
Anexo: VII- Resposta da Direção Regional do Algarve a autorizar a aplicação dos questionários.....	89
Anexo VIII – Projeto “Falar sobre vacinação na Comunidade”	91
Anexo IX - Cobertura Vacinal, Imunidade de Grupo e Propagação da Infeção	102
Anexo X – Pedido de autorização à escola Inglesa do Barlavento para intervir perante os resultados dos questionários	104
Anexo XI – Pedido de autorização à escola Direção Regional do Algarve para intervir na escola do Sargaçal perante os resultados dos questionários.....	106
Anexo XII – Elaboração do Cartaz a divulgar a sessão educativa na Escola do Sargaçal	108
Anexo XIII – Elaboração de convite formal aos Encarregados de Educação da escola do sargaçal ...	110
Anexo – XIV- Panfleto Informativo	112
Anexo XV – sessão educativa: “ Vacinar é proteger” nas Escolas.....	115
Anexo XVI – Apresentação do diagnóstico de saúde/intervenção e resultados do projeto:” Falar sobre Vacinação na Comunidade” aos profissionais de saúde.....	123
Anexo XVII – Poster do Projeto de Intervenção e respetivo resumo.....	130
Anexo XVIII: Projeto: “Envelhecimento em segurança” – Intervenção Comunitária no Bairro de santiago	135
Anexo XIX - Cartaz de divulgação da reunião na Paróquia do Bairro de Santiago (Médicos do Mundo)	149
Anexo XX - Foto da reunião na Paróquia no Bairro de Santiago- Médicos do Mundo	151

INDICE DE GRÁFICOS

PÁGINA

<u>Gráfico 1:</u> Nacionalidades nas duas Escolas em estudo	28
<u>Gráfico 2:</u> Importância em estar inscrito no CS da área de residência referida pelos Encarregados de Educação;	28
<u>Gráfico 3:</u> Conhecimento sobre os serviços que o CS da área de residência tem para oferecer;	29
<u>Gráfico 4:</u> Conhecimento do Plano Nacional de Vacinação;	29
<u>Gráfico 5:</u> Informação local recebida sobre as vacinas do Plano Nacional de Vacinação;	30
<u>Gráfico 6:</u> Importância do conhecimento das vacinas do Plano Nacional de Vacinação;	30
<u>Gráfico 7:</u> Educandos vacinados em Portugal ou noutro País;	31
<u>Gráfico 8:</u> Comparação entre a Nacionalidade Estrangeira e a Portuguesa no que respeita ao conhecimento sobre os serviços que o CS da área de residência tem para oferecer;	32
<u>Gráfico 9:</u> Comparação entre a Nacionalidade Estrangeira e a Portuguesa no que respeita ao conhecimento das vacinas do PNV;	32

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária ministrado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, visa o desenvolvimento de competências para a prática de Enfermagem Avançada centrada em grupos, famílias e comunidade. (UCP-ICS/ESPS, 2010). A realização da Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária permitiu desenvolver competências que possibilitam a participação na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão nos principais problemas de Saúde Pública e no desenvolvimento de projetos e programas de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletivo. Desta forma intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais (OE, 2010).

Cabe ao Enfermeiro de Saúde Comunitária a identificação das necessidades dos indivíduos/grupos que constituem uma determinada área geográfica e assegurar a continuidade de cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com os outros parceiros comunitários. Evidenciam-se assim as atividades de Educação para a Saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade (OE, 2010).

Meleis (2005) refere que, são objeto de estudo de enfermagem as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por exemplo, por eventos significativos da vida que exijam adaptação. A mesma autora assume que as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. Por outro lado, as transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o conceito de si num contexto social. Segundo esta autora a enfermagem surge como processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, sendo ele por excelência o especialista em diagnóstico de saúde de um grupo/comunidade e consequente intervenção, surge como facilitador das transições e adaptação a novos papéis e processos de saúde/doença, contribuindo para a saúde e bem-estar do indivíduo/família/grupo/comunidade.

A recente criação das UCC criou nos enfermeiros que desenvolvem a sua atividade na comunidade expectativas elevadas, não só por ser a única unidade no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários a ser coordenada por um enfermeiro, mas também por ter como um dos princípios orientadores assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida. (Despacho n.º 10143/2009 - Regulamento da organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade). Este princípio abre caminhos para o desenvolvimento e visibilidade da profissão de enfermagem nos mais diversos campos de intervenção.

A Lei de Bases de Saúde (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro), tem como princípio geral a proteção da saúde, sendo este um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

Ainda de acordo com a Lei de Bases de Saúde, relativamente à política de Saúde (Base II), está descrito, que o objetivo fundamental é obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade a distribuição dos recursos e a utilização dos serviços. Ainda de acordo com a mesma lei são tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como crianças, os adolescentes, grávidas, idosos, os deficientes, os toxicodependentes, trabalhadores com profissões de risco.

Após leitura do programa XVIII do governo constitucional e da lei de bases de saúde consegue-se compreender todo o enquadramento legal da criação das UCC e a importância das atividades desenvolvidas, não só em termos de promoção, acessibilidade aos cuidados de saúde da população abrangente, bem como a visibilidade e o impacto que todas estas atividades têm não só nas populações bem como dão à profissão de enfermagem.

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

Para que tal aconteça é fundamental a aposta numa formação pós-graduada de enfermeiros em áreas de especialização, especificamente na Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, cujo objetivo é “desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades” (UCP-ICS/ESPS, 2010)

Tendo por base o carácter profissionalizante desta especialidade os campos de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica possibilitam um entendimento científico desta área de especialização e possibilitam o adquirir de competências inerentes à prática de Enfermagem Comunitária

O presente relatório, que no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, pretende descrever a Unidade Curricular Estágio. Esta unidade curricular foi dividida em três módulos distintos.

No módulo I, que decorreu no período de 26/4/2011 a 18/6/2011, foi efetuado o Diagnóstico de Situação de Saúde, relativo ao estado vacinal, da comunidade escolar das escolas do 1º ciclo da área de abrangência da UCC Infante, nomeadamente da escola Inglesa do Barlavento e escola do Sargaçal. No módulo II, que decorreu de 26/9/2011 a 19/11/2011, foi realizado o projeto de intervenção de acordo com as necessidades e prioridades detetadas no Diagnóstico de Situação.

Na escolha dos campos de estágio e conseqüente área de intervenção (saúde escolar) pesaram fatores relacionados com a minha experiência profissional e fatores institucionais, uma vez que, torna se pertinente a elaboração de projetos que sejam também do interesse da instituição. Após reunião com a Diretora de Enfermagem, Enfermeira Maria do Carmo, Enfermeira Orientadora de estágio, Enfermeira Ana Rodrigues e a Enfermeira Coordenadora da UCC, Enfermeira Isabel Pedro, constatou - se que seria pertinente a elaboração do Diagnóstico de Situação e conseqüente intervenção nas escolas acima mencionadas, uma vez que apresentavam uma taxa de cobertura vacinal baixa.

Dado o cariz opcional do módulo III decidiu-se desenvolver numa Organização Não Governamental (ONG), Médicos do Mundo, no âmbito de um Projeto Nacional a decorrer em Évora. Este estágio decorreu no período entre 21/11/2011 a 28/1/2012. A escolha deste campo de estágio teve em consideração aspetos, relacionados com a necessidade de enriquecimento profissional na área de intervenção comunitária.

O presente relatório tem em linha de conta, por um lado, o Projeto de Estágio delineado no início da Unidade Curricular Estágio, fundamental para nortear o percurso desenvolvido nos três módulos e, por outro, o Portfólio que resultou num excelente instrumento pedagógico durante o processo de formação.

Assim, definem-se como objetivos para a redação deste relatório: descrever o que foi desenvolvido e como foi executado; apresentar os dados recolhidos e a sua metodologia; apresentar a análise dos resultados obtidos mediante uma reflexão crítica e realizar uma avaliação global do mesmo.

O presente relatório, que visa retratar todo este percurso, está estruturado da seguinte forma, para além da presente introdução, seguem-se no desenvolvimento duas partes: Parte I, que respeita ao Módulo I e II, onde é feita uma breve descrição da UCC Infante, são apresentados individualmente os objetivos dos Módulos I e II, atividades desenvolvidas e competências adquiridas. Na Parte I é apresentado o enquadramento conceptual, que é transversal aos 3 módulos de estágio e que sustenta o diagnóstico de situação de saúde. Posteriormente na apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária, na área de saúde escolar, é justificada a pertinência do projeto.

A Parte II do relatório foca-se no Módulo III, uma vez que foi realizado num contexto muito diferente dos estágios anteriores. O Módulo III proporcionou um campo de estágio integrado num tipo de missão e filosofia muito própria, que proporcionou o desenvolvimento de competências muito específicas relativas à área de saúde comunitária e exigiu um estudo noutras temáticas e áreas do saber.

Para finalizar a conclusão surge como uma síntese do trabalho desenvolvido ao longo dos três módulos de estágio, analisando de forma crítica os aspetos mais relevantes, as principais dificuldades e limitações.

Importa realçar que esta descrição de dados e factos manifesta uma análise pessoal e reflexiva, resultante da interação com os diferentes atores com os quais houve relação nos campos de estágio e que pela sua diferença e riqueza de experiências contribuíram de forma muito gratificante durante todo o percurso.

A redação da Unidade Curricular Relatório seguiu a metodologia apresentada por AZEVEDO e AZEVEDO e é apresentado segundo as regras do novo acordo ortográfico.

PARTE I
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE E
PROJETO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Este primeiro capítulo pretende relatar e fundamentar o primeiro estágio, Módulo I.

Torna-se pertinente nesta primeira fase contextualizar o Módulo I, sendo que, de seguida haverá uma breve descrição do local onde se realizou o estágio, UCC Infante, bem como as atividades desenvolvidas nesta Unidade de Saúde. Destaca-se de entre as várias atividades desenvolvidas na UCC, a Saúde Escolar, uma vez que foi onde especificamente se realizou o estágio e consequente Diagnóstico de Situação de Saúde e Projeto de Intervenção. Neste capítulo serão apresentados os objetivos delineados para o Módulo I, a definição de conceitos subjacentes ao diagnóstico de situação, bem como as atividades desenvolvidas e procedimentos metodológicos que possibilitaram a realização do Diagnóstico de Situação de Saúde da comunidade escolar a estudar.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE INFANTE

A UCC Infante, sediada no Centro de Saúde de Lagos (CSL) surge como projeto em 2009, no âmbito das alterações organizativas proposta pelo programa XVIII do governo constitucional, no qual reconhece os cuidados de saúde primários como pilar central do Sistema Nacional de Saúde.

Abrange uma área geográfica de 715,2Km² distribuídos por 3 concelhos de Aljezur, Lagos e Vila do Bispo e 15 freguesias pertencentes ao ACES do Barlavento Algarvio.

A UCC Infante tem como objetivo principal melhorar a intervenção comunitária existente nos concelhos acima referidos, tendo em conta as suas necessidades.

1.1.1 Caracterização sócio - demográfica da população

Após leitura, reflexão do Plano Ação 2010-2012 da UCC Infante, integração na dinâmica e participação nas várias atividades da UCC Infante constatou-se que relativamente aos indicadores demográficos, todos os concelhos abrangidos apresentam um aumento da população idosa, em que o índice de dependência dos idosos é de 33,3%. Evidencia-se também uma diminuição do índice de nascimentos anuais. O índice de dependência dos jovens é de 23,5%.

O índice de dependência total é de 51,7%, sendo o concelho de Aljezur o que apresenta maior índice de dependência total (72,6%). Através destes dados pode se concluir que mais de metade da população que a UCC Infante abrange, tanto jovens e idosos estão dependentes da população ativa. As famílias apresentam um elevado grau de dependência, quer pelos jovens quer pelos idosos que a constituem e que têm a seu cargo, o

que implica profundas alterações estruturais na família, quer a nível económico, social e bem - estar físico e emocional.

Relativamente à taxa de desemprego segundo INE (Censos 2001), é de 7%.

Relativamente à taxa de analfabetismo é maior no concelho de Aljezur 20,7%.

Relativamente à migração constata-se em todos os concelhos um aumento de imigrantes, que por um lado fazem com que haja um aumento da população ativa, mas constitui também um grupo populacional mais vulnerável devido a fatores como condições socioeconómicas, diferenças culturais e de comunicação. Todos estes fatores são condicionantes para uma maior dificuldade no que respeita á acessibilidade aos cuidados de saúde e na adesão a determinados Programas de Saúde que são fundamentais à saúde pública da região.

1.2.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A UCC Infante em constante dinâmica, articulação com os profissionais e parceiros comunitários tem como finalidade promover a continuidade de cuidados no contexto comunitário.

Nesta perspetiva a UCC Infante operacionaliza as suas atividades junto da comunidade:

- Projeto de Intervenção em Saúde Escolar;
- Projeto de Intervenção em Cuidados Continuados Integrados;
- Participação na Comissão de proteção de crianças e jovens em Risco;
- Intervenção em Aleitamento Materno;
- Participação na Intervenção Precoce;
- Participação na Preparação para o Parto.

Das atividades junto da comunidade, importa falar neste contexto específico do Projeto de Intervenção em Saúde Escolar, uma vez que, foi a área onde se focalizou o Módulo I e conseqüentemente o Módulo II

Projeto de Intervenção em Saúde Escolar

A Saúde Escolar é o referencial de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola. As estratégias do PNSE inscrevem se na melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em 2 eixos: a vigilância da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. No desenvolvimento destas atividades,

as equipas de saúde escolar assumem um papel ativo na gestão de determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desta forma para a melhoria do estado de saúde da população portuguesa a médio e a longo prazo. De acordo com o PNSE a população/comunidade escolar abrange alunos, pessoal docente e não docente, pais e/ou encarregados de educação. (Plano Ação Anual 2010-2012-UCC Infante, 2009)

A vacinação da população, da área de abrangência da UCC, é realizada a nível da UCSP, contudo é da responsabilidade da equipa de saúde escolar, para além de outras atividades, a avaliação da cobertura vacinal da população escolar, nomeadamente dos alunos.

A população Alvo do programa de vacinação é de 47.709 utentes pertencentes aos 3 concelhos. Um dos objetivos da UCSP é obter uma taxa de cobertura vacinal nos coortes de nascimento preconizados no Plano Nacional de Vacinação (2 anos, 6 anos e 13 anos) superior ou igual a 95%. Sendo a área da Vacinação da responsabilidade da Saúde Pública, ela articula com as unidades funcionais UCSP e UCC (Saúde Escolar).

2. DIAGNÓSTICO DO ESTADO VACINAL DE DUAS COMUNIDADES ESCOLARES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UCC INFANTE

Após análise ao ficheiro de vacinação da UCSP com Enfermeira Ana Rodrigues constatou-se que, relativamente ao 1º ciclo, referente ao ano letivo 2010/2011, existiam escolas com cobertura vacinal inferior a 95%, sendo a Escola Inglesa do Barlavento e a Escola do Sargaçal as que apresentavam menor taxa de cobertura vacinal (68,25% e 83,87% respetivamente) logo com maior número de convocatórias. Ao analisarmos ficheiros de anos anteriores verificou-se que estas 2 escolas foram as que apresentaram sempre, taxas de cobertura vacinal mais baixas e inferiores ao nível preconizado pela Direção Geral de Saúde. Após reunião e reflexão com toda a equipa chegou-se à conclusão que este tipo de intervenção, convocatória por carta ou telefone, com estas 2 escolas não era eficaz, uma vez que este era um problema recorrente.

Neste sentido decidiu-se iniciar o Diagnóstico de Situação de Saúde, relativo ao estado Vacinal dos educandos das Comunidades Escolares, acima referidas, baseado no perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, que de acordo com o regulamento nº 128/2011 diz que o cabe ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade e através do corpo de conhecimentos adquiridos assume um entendimento profundo sobre os problemas reais e as necessidades reais e sentidas pela comunidade. O enfermeiro especialista em saúde comunitária estabelece com base na metodologia do planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas. (OE 2010).

As taxas de cobertura vacinal são indicadores, que retratam o estado de saúde de uma comunidade, contudo, não explicam por si só a situação ou os fatores que assim o determinam. A auscultação, dos Encarregados de Educação, das duas comunidades escolares é essencial no que concerne ao entendimento profundo e real das necessidades sentidas relativamente a esta realidade. Há que ir ao terreno, perceber o território, comunicar com o mesmo, ser reconhecido e intervir (AMARO,2005).

Tanto na clínica como em saúde pública, e como em qualquer outro processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a atuação. O conhecimento dos fatores que determinam a situação é um dos pontos mais importantes e difíceis do diagnóstico (IMPERATORI,1993).

É neste sentido e tendo em conta a pertinência deste problema, baixa cobertura vacinal da Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal”, a justificação da elaboração do diagnóstico não só do ponto de vista individual, mas também para a própria instituição CSL, que surge o desenrolar do Módulo I.

2.1. OBJETIVOS

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

- Realizar o Diagnóstico de Situação de Saúde da Comunidade Escolar, relativamente ao estado vacinal dos educandos da Escola Inglesa do Barlavento e da Escola do Sargaçal.

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

- Compreender a dinâmica e funcionamento da UCC Infante;
- Participar nas atividades da Saúde Escolar;
- Caracterizar a população a estudar (Encarregados de Educação) da Escola do Sargaçal e Inglesa do Barlavento do ponto de vista sócio - cultural;
- Identificar os principais problemas de saúde da população.
- Conhecer, colaborar e utilizar os recursos disponíveis na comunidade com vista a resolver os problemas de saúde identificados

2.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O diagnóstico de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população e envolve uma noção de causalidade. (IMPERATORI, 1993).

Ainda de acordo com o mesmo autor, o diagnóstico científico deverá ser confrontado com as necessidades sentidas pela população. Muitas vezes as necessidades expressas pela população não coincidem com a procura aos cuidados de saúde. Necessidades expressas e procura são influenciadas por fatores como a consciencialização da população, as suas atitudes face aos problemas de saúde-doença, a percepção dos sintomas, a experiência passada com os serviços de saúde e com a atração dos próprios serviços.

A investigação científica é de todos os métodos de aquisição de conhecimentos a mais rigorosa e aceitável, uma vez que assenta num raciocínio racional. A investigação é um meio de demonstrar o campo de ação e de conhecimento de uma profissão. A investigação aplicada à prática de enfermagem permite basear a nossa prática na evidência, ou seja, de acordo com FORTIN (1999), o desenvolvimento de habilidade em investigação permite compreender a importância de utilizar os resultados de investigação como base das suas intervenções.

A fase conceptual da investigação científica deve ter como ponto de partida uma preocupação/problema, que consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina. “Este domínio poderá estar associado a preocupações clínicas ou sociais e representar comportamentos, observações, crenças, etc., que sejam relevantes para a prática da Enfermagem”,(FORTIN,1999, p.50)

“Um Problema de Investigação, é uma situação que necessita de um melhoramento ou de uma modificação”, (ADEBO,1974, p.53)

Perante o que foi exposto, é importante falarmos dos conceitos que se seguem uma vez que, “são elementos de base da linguagem que transmitem os pensamentos, as ideias e as noções abstratas”, (FORTIN, 1999,p.40). A definição destes conceitos torna se imprescindível no sentido em que vão clarificar a disciplina de Enfermagem Comunitária, clarificam o campo da disciplina, o objeto de estudo e nos guiam para a prática.

Saúde

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 80º, a saúde é entendida como um assunto que respeita aos próprios indivíduos, com direitos e responsabilidades, a participação ativa de uma comunidade bem informada e fortemente motivada é indispensável para a realização do objetivo comum (As metas de Saúde para todos). Aliás no artigo 82º do Código Deontológico dos Enfermeiros relativo aos direitos à vida e à qualidade de vida está bem patente o dever de respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa. No que concerne às competências do Enfermeiro especialista é esperado que promova práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, especificamente promova o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de Enfermagem onde está inserido.

A OMS (1948) definiu Saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”.

De acordo com, VIEIRA, (2009, p.84), “a saúde é um projeto individual de cada ser humano, numa abertura incessante ao sentido de vida”. É nesta perspetiva, de acordo com a mesma autora, que os cuidados de enfermagem assumem papel crucial, no que respeita a educação para comportamentos saudáveis, adesão e gestão de regimes terapêuticas, entre outras dimensões.

LEININGER, citada em KÉROUAC et al, (1994) fundadora da enfermagem da transcultural, define pessoa como um ser cultural. A saúde na perspetiva desta teórica significa mais que ausência de doença, a saúde é referida como um conjunto de crenças e valores e formas de atuar que são culturalmente conhecidos e utilizados com a finalidade de prevenir e conservar o bem - estar de um individuo ou de um grupo. A saúde está enraizada na estrutura social e conseqüentemente varia de uma cultura para a outra.

A LEI DE BASES DA SAÚDE, nos termos do nº 1, da Base I, da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, refere ainda que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva 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”.

Promoção da Saúde

Uma das definições mais frequentemente usadas na bibliografia sobre promoção da saúde foi avançada pela OMS em 1984, a qual afirmava que: “a promoção da saúde é o processo de possibilitar às pessoas um aumento do controlo sobre a sua saúde e uma melhoria da mesma.

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

LANCASTER & STANHOPE (1999) refere que a promoção da saúde é uma atividade mais alargada e a educação para a saúde uma técnica para a alcançar.

A promoção da saúde deve favorecer a expressão dos problemas de saúde pelas pessoas e grupos a que respeita. O seu papel é de criar as condições de acesso a escolhas de saúde para as pessoas e para as comunidades, assim refere HONORÉ (2002).

A Carta de Ottawa (1986), estabelece uma definição para a promoção de saúde e uma estrutura para impulsionar o movimento das cidades saudáveis. Inclui 6 elementos, promoção da saúde, desenvolvimento de uma política de saúde pública, criação de um ambiente favorável, reforço das ações comunitárias, desenvolvimento das capacidades individuais e reorientação dos serviços de saúde. Começa por definir o que é Promoção da Saúde, já que o conceito de “promoção” surgiu como algo “de novo” no léxico e na prática da Saúde Pública: “ ... é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.”

Comunidade

A OMS (1984) define comunidade como um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros.

O enfermeiro deve estar ciente que cada indivíduo possui uma cultura, com tradições que o direcionam para a resolução dos problemas da vida, para que não descure a individualidade da pessoa em prol do grupo, pois tal como as culturas não são todas semelhantes, os indivíduos pertencentes a uma cultura não são todos iguais.

LANCASTER & STANHOPE (1999) define comunidade como uma identidade com base num local, composta por sistemas de organizações formais que refletem as instituições sociais, ou grupos informais e seus agregados. Um conjunto de indivíduos e relações que emergem deles à medida que se desenvolvem e partilham certos serviços, instituições e meio ambiente físico

A comunidade é considerada o cliente somente quando o alvo da enfermagem é o coletivo, o bem comum em vez da saúde individual. O exercício orientado para a comunidade procura mudanças saudáveis para benefício de toda a comunidade. As unidades de serviço podem ser indivíduos, famílias ou outros grupos interativos, agregados populacionais, instituições e comunidades, contudo as mudanças resultantes têm a intenção de afetar toda a comunidade, não só o indivíduo, família ou agregado populacional específico.

A definição de comunidade deixou de ser somente associada ao local onde as pessoas vivem, traduzindo a conceção tradicional do termo, para passar a ser definida como um grupo relacional e ainda como um sistema social, tal como refere ORNELAS, (2008)

A mesma opinião é partilhada por CAMPICHE ET AL (1999) quando refere que a comunidade é designada por um grupo de pessoas que partilham uma função ou interesse, como o bem-estar, educação, religião.

Cultura

A Enfermagem Comunitária tem um enfoque de atenção relativamente à sua atuação no que se refere à intervenção em contextos multiculturais.

A cultura é um conjunto de ideias, crenças valores e suposições acerca da vida, amplamente partilhados por um grupo de pessoas de acordo com BRISLIN (1993) citado em LANCASTER & STANHOPE (1999).

HANSON, (2005), afirma que os mitos e crenças sobre a saúde, numa determinada cultura, são traduzidos em práticas de cuidados de saúde, que conseqüentemente afetam o estado de saúde da família e dos seus membros.

Neste sentido é importante referir que as crenças, resultantes de uma determinada cultura, muitas vezes são limitações na Mudança.

Cada vez mais as pessoas são informadas e estimuladas para usarem os seus conhecimentos; para adotarem atitudes e a desenvolverem atividades/ações que melhorem a sua própria saúde e das respetivas famílias, desta forma as pessoas têm maior controlo sobre as escolhas que possam fazer em relação à sua própria saúde. (código deontológico dos enfermeiros, artigo 80º)

A compreensão das várias crenças culturais vão auxiliar na determinação das necessidades de intervenção e estratégias de enfermagem (LENCASTER & STANHOPE 1999)

LENINGER, citada em TOMEY E ALLIGOOD (2004), fundadora da enfermagem transcultural criou muitos termos relevantes para a sua teoria entre os quais define cultura como um conjunto de valores, crenças, normas, mitos, filosofias e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos pertencentes a um grupo específico que orienta o seu pensamento, decisões e ações de forma padronizada. Para esta teórica o cuidar cultural aborda a diversidade e universalidade e refere-se aos valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetivo, e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam outro individuo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhor a condição humana e modos de vida. Os valores culturais são orientações que prevalecem e persistem influenciando o pensamento e os elementos que fazem parte de uma cultura.

BENNETT (2002,p.70) faz referência a um Modelo de crenças de saúde.” Este modelo considera que as decisões relacionadas com a adoção de comportamentos de saúde envolvem uma análise de custos/benefícios. Os elementos chave para o processo de tomada de decisão são os benefícios para a saúde resultantes de determinados comportamentos e custos (sociais, psicológicos e outros) inerentes à sua adoção:

- Perceção da suscetibilidade à doença;
- Gravidade da doença;
- Benefícios para a saúde por adotar determinados comportamentos.”

Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade

O termo saúde comunitária refere-se à satisfação das necessidades coletivas, através de identificação de problemas e gestão de interações dentro da comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada. O

diagnóstico do estado de saúde de uma comunidade necessita de colheita de dados e interpretação dos mesmos “No processo lógico que é o planeamento o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico da situação” (IMPERATORI 1993,p.43).

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

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

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

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

Empoderamento e Intervenção Comunitária

Empoderamento e intervenção comunitária são dois conceitos indissociáveis.

O conceito de empoderamento é difícil de definir, uma vez que, pode assumir formas diferentes, significados e interpretações em cada um dos diferentes contextos

ORNELAS, (2008, pág47), defende que o empoderamento pressupõe que sejam adquiridas novas competências como um processo natural e nos contextos quotidianos, significa a capacidade de encontrar soluções a nível local, fortalecendo as estruturas e a ligação entre os indivíduos e o sistema social, incluindo os vizinhos, familiares, igrejas, clubes e associações de voluntários. A participação ativa e reflexiva dos vários intervenientes, a motivação e o suporte no processo de mudança são características cruciais no processo de empoderamento. Ornelas, descreve várias dimensões de empoderamento, mas neste contexto é importante falarmos do empoderamento comunitário. O empoderamento comunitário implica uma ação coletiva e participação dos cidadãos e das organizações locais na identificação das necessidades da comunidade, no desenvolvimento e implementação de estratégias que resolvam essas necessidades. É neste contexto que surge a intervenção comunitária, na qual a promoção da saúde através da intervenção comunitária implica modelos participativos que envolvam a comunidade no domínio e controle dos seus próprios esforços e objetivos. Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e o realce de estilos de vida saudáveis.

Importa aqui também falar de desenvolvimento comunitário, uma vez que este conceito e a saúde estão intimamente ligados. A respeito deste assunto, AMARO (2005) refere que o desenvolvimento comunitário é um processo que parte da participação ativa da comunidade e procura criar as condições económicas, sociais, políticas e ambientais satisfatórias, para todos os seus membros, partindo da mobilização das capacidades e

recursos da comunidade. Esta perspetiva é muito importante na medida em que mobiliza os indivíduos e as organizações de uma comunidade, na resolução dos seus próprios problemas, desta forma, existe uma consciencialização coletiva sobre a realidade que os rodeia e desta forma podem se criar condições intrínsecas propulsoras de intervenção sobre essa realidade.

LAVERACK (2008) refere que, Empoderamento, em Promoção da Saúde, é sempre definido como um processo que ajuda as pessoas a assumirem controlo sobre os fatores que afetam a sua saúde. O mesmo autor afirma que, esta é uma abordagem da promoção de saúde centrada no empoderamento enquanto processo que permite às pessoas um aumento do poder de decisão no que respeita à saúde. Este aumento de poder passa pela mobilização de competências e recursos com vista a tornar as condições sociais mais saudáveis. Ao promotor de saúde compete ajudar a desenvolver estas competências.

Nestes moldes a intervenção comunitária é trabalhar com os indivíduos de uma comunidade e os parceiros comunitários locais no sentido de provocar mudança.

2.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o Módulo I foram realizadas as seguintes atividades e estabelecidas as respetivas articulações, que propiciaram a elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde, relativo ao estado vacinal das duas Comunidades Escolares (Anexo I).

1. Apresentação ao serviço e conhecimento da estrutura física e funcional do Centro de Saúde de Lagos, integração nas várias unidades funcionais (conhecimento da estrutura, funcionamento e atividades);
2. Integração na UCC, apresentação à equipa de Saúde Escolar e ECCI;
3. Integração na equipa de saúde escolar e participação nas várias atividades;
4. Pesquisa Bibliográfica sobre a temática vacinação (consulta e leitura de normas e procedimentos relativos à vacinação, contato com Departamento Regional de Saúde Pública do Algarve);
5. Reunião com a equipa de saúde escolar e auscultação com a Enfermeira orientadora de estágio;
6. Elaboração do questionário, a ser aplicado aos encarregados de educação dos alunos das escolas Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal. (anexo II)
7. Aplicação do pré-teste, no Colégio do Rio (aos encarregados de educação do 4º ano). A estratégia utilizada para aplicação do pré-teste, após reunião com a diretora desta escola, foi a de serem os próprios professores a entregarem aos Encarregados de Educação, uma vez que são eles que têm um maior contato com os mesmos. Foram também aplicados alguns questionários, afim de realização de pré-teste, na sala de espera da Urgência Pediátrica (o meu local de trabalho, o que me possibilitou um contato direto com os inquiridos);

8. Dia **16** de maio, recolha dos questionários, pré-teste, reunião com a diretora do Colégio do Rio de forma a compreender como foi o processo de aplicação dos mesmos;

9. Dia **1** de Junho foi realizado registo on-line no Sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, por forma a requerer autorização pela a DGIDC (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular)- Departamento do Ministério de Educação). O requerimento foi acompanhado do respetivo questionário, nota metodológica e comprovativo de autorização da Professora Tutora, Amélia Simões Figueiredo. (Anexo III)

10. Dia **9** de Junho, recebida aprovação pela DGIDC para aplicação do questionário em meio escolar. (Anexo IV)

11. Participação nas atividades delineadas no projeto de saúde escolar, do ano letivo 2010/2011 nas Escolas Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal;

12. Reunião com diretora da escola Inglesa do Barlavento e entrega de pedido de autorização para aplicação dos questionários na escola. Na reunião foi explicado a pertinência da aplicação dos questionários. (Anexo V)

14. Realização de pedido à Direção Regional De Educação do Algarve Agrupamento de Escolas Gil Eanes para aplicação do questionário à escola do 1º ciclo do Ensino Básico do Sargaçal; (Anexo VI)

As respostas de ambas as escolas foram dadas em tempos diferentes, uma vez que a Escola Inglesa do Barlavento, sendo uma escola Estrangeira de Ensino Cooperativo e Particular, não necessitou de aprovação da Direção Regional de Educação do Algarve, para aplicação dos questionários, apenas da aprovação da professora diretora.

15. Resposta da Direção Regional de Educação do Algarve Agrupamento de Escolas do Gil Eanes. (ANEXO VII)

2.4- PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

Segundo FORTIN (1999, p. 40), na fase metodológica “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...), é necessário escolher um desenho apropriado (...). O investigador define a população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita dos dados”.

Para a elaboração deste diagnóstico de situação de saúde escolheu-se a utilização de um estudo quantitativo, uma vez que se trata de “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”. FORTIN (1999, p.22). O estudo quantitativo permite generalizar os resultados à restante população, o que se trata de uma mais-valia, uma vez que se pode no futuro aplicar em populações em todo semelhante. FORTIN (1999)

Este é considerado um estudo descritivo simples, uma vez que “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”, FORTIN (1999, p.163). Os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos que nela ocorrem, daí a necessidade que houve em descrever anteriormente os conceitos inerentes ao estudo.

É importante salientar que do ponto de vista ético este estudo respeita todos os Direitos Fundamentais das Pessoas, tal como descritos por FORTIN (1999), nomeadamente o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por último, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Instrumento de colheita de dados

O **questionário** foi o método de colheita de dados escolhido para recolha da informação pretendida. Consciente das desvantagens do questionário, taxa elevada de dados em falta, a escolha baseou-se no fato de ser menos dispendioso, puder ser aplicado a um grande número de pessoas num curto espaço de tempo e requerer menos habilidades de aplicação. Após pesquisa na literatura constatou-se que não havia nenhum instrumento de colheita de dados já publicados e que respondesse aos objetivos do estudo. Houve necessidade de construí-lo e como tal, recorreu-se à **técnica Delphi** (FORTIN,1999,p.259). Esta técnica pretende submeter o questionário a uma discussão e à crítica de outras pessoas peritas no conteúdo, com capacidade para detetar erros técnicos e gramaticais. Para tal, recorri à enfermeira Clara (responsável pela saúde escolar da UCC Infante, Enfermeira Isabel Pedro, especialista em Enfermagem Pediátrica e Coordenadora da UCC, Enfermeira Ana Rodrigues, especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, na altura responsável pela área da vacinação do centro de saúde e à Professora Amélia Simões Figueiredo). A construção do questionário exigiu a passagem por várias etapas. A primeira foi a delimitação da informação pertinente a recolher, em que houve um conhecimento profundo sobre o objetivo do estudo, necessidade de pesquisa bibliográfica rigorosa sobre o fenómeno em estudo e estar ciente de que o instrumento só vai colher os dados necessários, FORTIN (1999). A segunda etapa correspondeu à formulação das questões. O questionário encontra-se estruturado da seguinte forma:

A primeira parte corresponde à caracterização da amostra, com questões sobre o género, idade, nacionalidade, profissão e anos a residir em Portugal. A segunda parte apresenta 7 questões de resposta fechada e 2 questões de resposta aberta.

Antes de aplicar o questionário à população alvo, encarregados de educação da escola Inglesa do Barlavento e escola do Sargaçal, este teve de ser submetido a **pré-teste**. Relativamente a este assunto, FORTIN (1999, p.253) refere que a aplicação do pré - teste pretende avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, isto é, se os termos utilizado não são ambíguos, se a forma das questões permite colher as informações desejadas. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos.

O pré teste foi aplicado a uma amostra de 10% da população alvo, o que correspondeu à aplicação do mesmo a 8 sujeitos provenientes do Colégio do Rio (escola particular do 1º ciclo em Portimão) e sala de espera da Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio). FORTIN (1999) remete nos para a aplicação do pré-teste a cerca de 10% a 30% da população alvo.

População Alvo:

A População é o grupo de elementos a quem se aplicam os resultados do estudo (FONSECA 2008), ou seja população para a qual serão generalizados os resultados de uma amostra.

O Mapa de Avaliação em saúde Escolar do ACES do Barlavento Algarvio permitiu recolher a listagem do número de alunos inscritos no ano letivo 2010/2011 da **Escola Inglesa do Barlavento** (1º, 2º,3º ano do 1º ciclo), **43 alunos** na totalidade e da **Escola do Sargaçal** (turma A e turma B), **31** alunos. A turma A e B da Escola do Sargaçal apresentam simultaneamente alunos desde o 1º ao 4º ano, do 1º ciclo, não havendo divisão dos alunos/turma/ano de escolaridade.

Assim, delimita-se como **população alvo** do estudo, os Encarregados de Educação dos educandos da escola do 1º ciclo EB1 do Sargaçal pertencente ao Agrupamento Vertical de Escolas de Gil Eanes (**31 alunos/31 Encarregados de Educação**) e os Encarregados de educação da Escola Inglesa do Barlavento (**43**). Na totalidade **74 Encarregados de Educação**

Critérios de exclusão:

Na Escola Inglesa do Barlavento utilizou-se como critério de exclusão os Encarregados de Educação dos alunos relativos ao 4ºano, uma vez que o módulo II: Projeto de Intervenção seria efetuado durante o ano letivo 2011/2012 e estes alunos provavelmente já teriam mudado de escola.

Este critério não foi tido em consideração na Escola do Sargaçal, uma vez que as turmas A e B apresentavam simultaneamente alunos desde o 1º ano até ao 4º ano do 1º ciclo.

Amostra

A amostra é um sub-conjunto dos elementos da população (FONSECA,2008).

Caracterização da amostra: Probabilística aleatória simples

Uma amostra probabilística aleatória simples significa que todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem escolhidos para a amostra, assim refere FORTIN (1999).

Este tipo de amostra consiste em obter através de programas informáticos ou tabelas a listagem de indivíduos a selecionar do total da população (FONSECA 2008). No caso específico deste estudo foi selecionada amostra através de tabela fornecida pelos Mapas de avaliação em Saúde escolar e pelo SINUS.

Amostra Inicial: 74 encarregados de educação

Amostra Final: 43 encarregados de educação (**questionários** preenchidos na sua totalidade)

Inicialmente pretendia-se que a amostra fosse igual à da população a ser estudada, uma vez que se tratava de uma população relativamente pequena, contudo, uma vez que o preenchimento dos questionários está sujeito

ao consentimento informado dos Encarregados de Educação, obtivemos uma amostra final diferente da inicial, o que já era esperado.

Recolha de dados:

A recolha de dados previu a aplicação do questionário aos encarregados de educação, com a colaboração do pessoal docente e não docente, na entrega e na recolha dos mesmos, no período compreendido entre 10 de Junho de 2011 a 20 de junho de 2011.

Tratamento e análise dos dados:

O tratamento e análise dos dados obtidos foi realizado em agosto e setembro de 2011, com recurso ao programa SPSS viewer versão 15.0. O recurso a este programa informático permitiu a avaliação da consistência interna do instrumento utilizado. A consistência interna de um instrumento de medida diz-nos se o instrumento é unidimensional e se está a medir aquilo que se pretende exatamente medir. A técnica utilizada foi a aplicação do alfa de cronbach. O valor obtido através da aplicação do coeficiente de fidelidade alfa de cronbach foi de 0,622. Este valor é indicador de boa consistência interna, de acordo com PESTANA & GAGEIRO (2000).

Resultados

As respostas do questionário foram todas codificadas e analisadas através da estatística descritiva através do cálculo da frequência absoluta e relativa. De seguida passamos a apresentar os resultados, mais pertinentes do estudo, em gráficos circulares de percentagens.

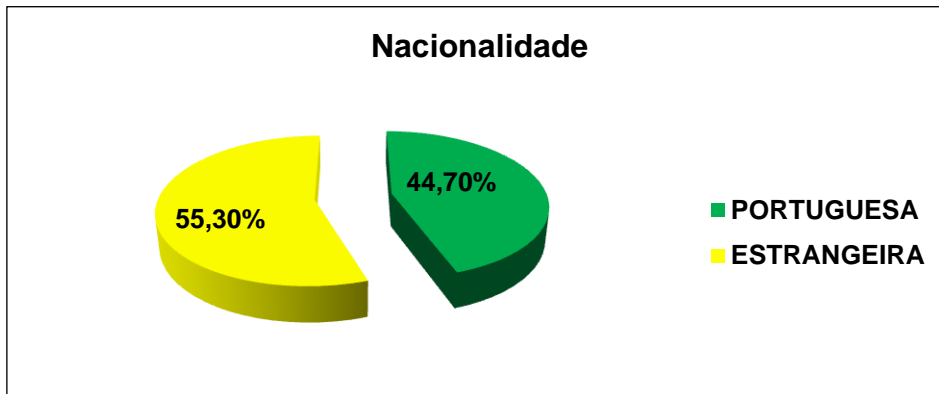


Gráfico 10: Nacionalidades nas duas Escolas em estudo



Gráfico 11: Importância em estar inscrito no CS da área de residência referida pela totalidade da amostra (43 encarregados de educação)

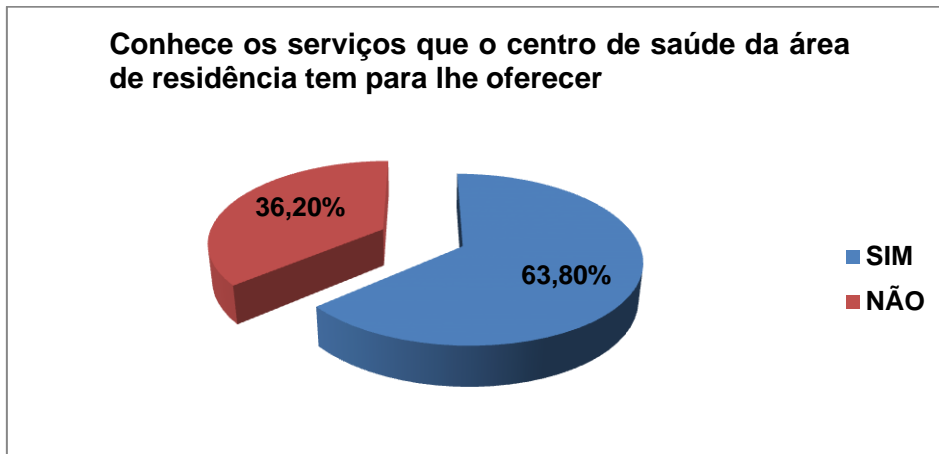


Gráfico 12: Percentagem no que respeita ao conhecimento sobre os serviços que o CS da área de residência tem para oferecer

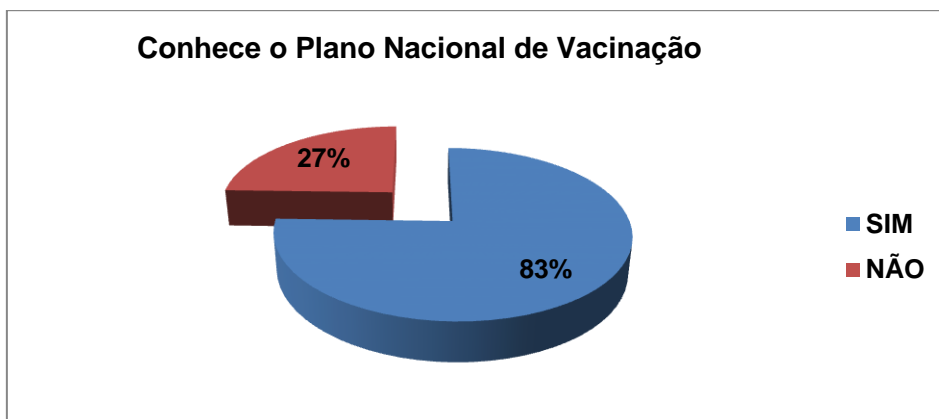


Gráfico 13: Percentagem, da amostra, no que se refere ao conhecimento do Plano Nacional de Vacinação

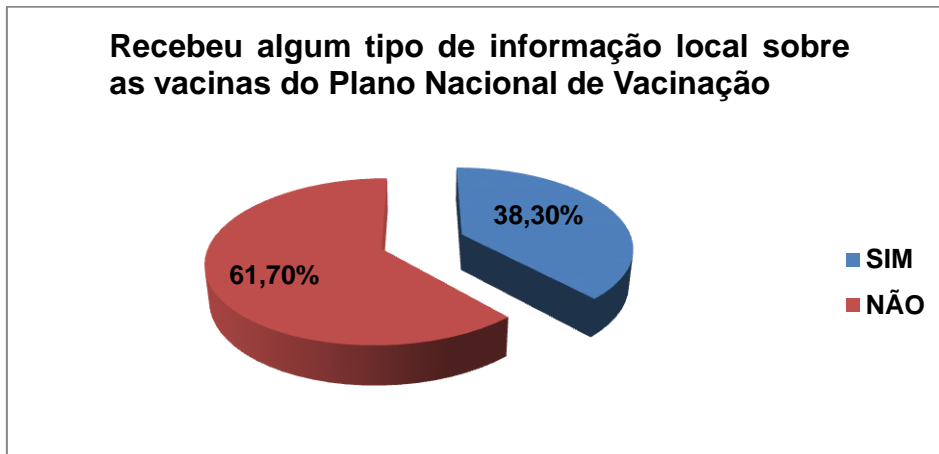


Gráfico 14: Percentagem de respostas, no que respeita à informação local recebida sobre as vacinas do Plano Nacional de Vacinação



Gráfico 15: Percentagem da totalidade da amostra, sobre a importância do conhecimento do Plano Nacional de Vacinação

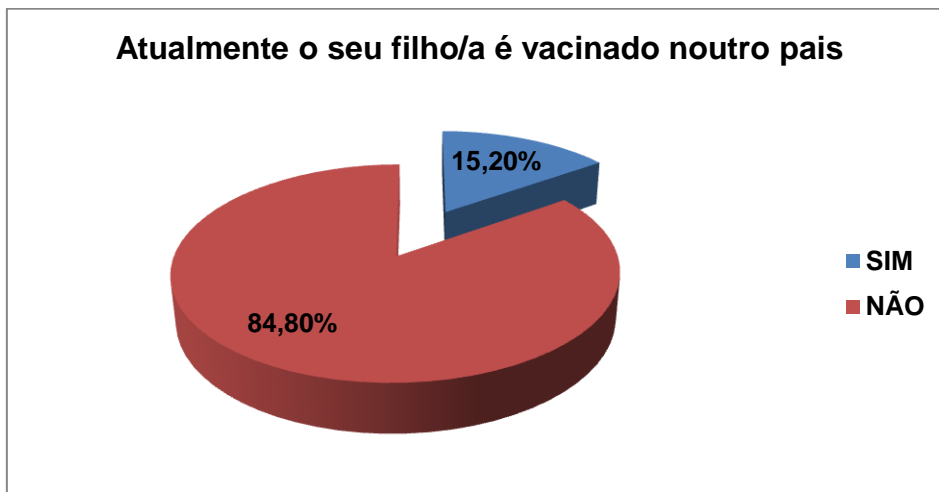


Gráfico 16: Percentagem de educandos que são vacinados em Portugal ou noutra País.

COMPARAÇÃO ENTRE AS NACIONALIDADES (PORTUGUESA E ESTRANGEIRA) DESCRITAS NA AMOSTRA

O recurso ao programa Informático SPSS permite proceder análise das relações entre variáveis utilizando testes paramétricos, ou seja mais fiáveis, mas para que isso seja possível, é necessário que as variáveis em estudo provenham de uma distribuição normal, ou seja que o valor da significância nas variáveis em estudo seja maior que 0,05.

Tendo em conta que todas as variáveis que foram alvo de análise não cumprem este pressuposto de normalidade - significância maior que 0,05 – recorreu-se aos **Testes Não paramétrico de Mann-Whitney**. Todos os testes foram calculados para um nível de significância <0,05, isto é com um nível de confiança de 95%.

Os **Testes Não Paramétricos** utilizados na amostra possibilitaram a divisão da amostra em duas Nacionalidades: Portuguesa e Estrangeira (Inglesa, Ucraniana, Francesa, Alemã, Brasileira, Irlandesa, Australiana e Holandesa).

Desta forma, foram criadas **2 pequenas amostras** (Nacionalidade **Portuguesa** e Nacionalidade **Estrangeira**) dentro da amostra total. A utilização dos testes não paramétricos permitiu fazer uma análise direta das médias das duas amostras podendo - se verificar a existência ou não, de diferenças significativas entre as duas Nacionalidades (Portuguesa e Estrangeira), em cada uma das questões.

Sendo assim, as diferenças significativas encontradas nas duas Nacionalidades reportam-se a duas questões, que passamos de seguida a apresentar os resultados através de gráficos de percentagens.

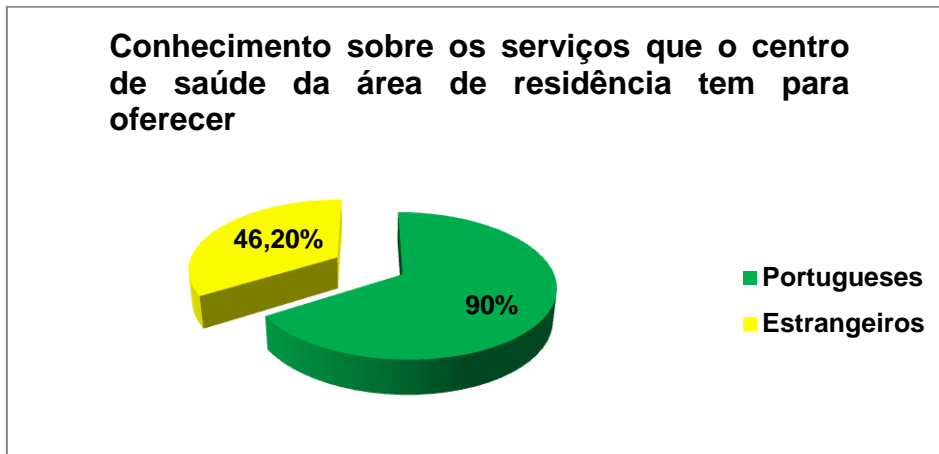


Gráfico 17: 90% dos Portugueses, da amostra, conhecem os serviços que o CS da área de residência tem para oferecer; apenas 46,2% dos Estrangeiros presentes na amostra conhecem os serviços.

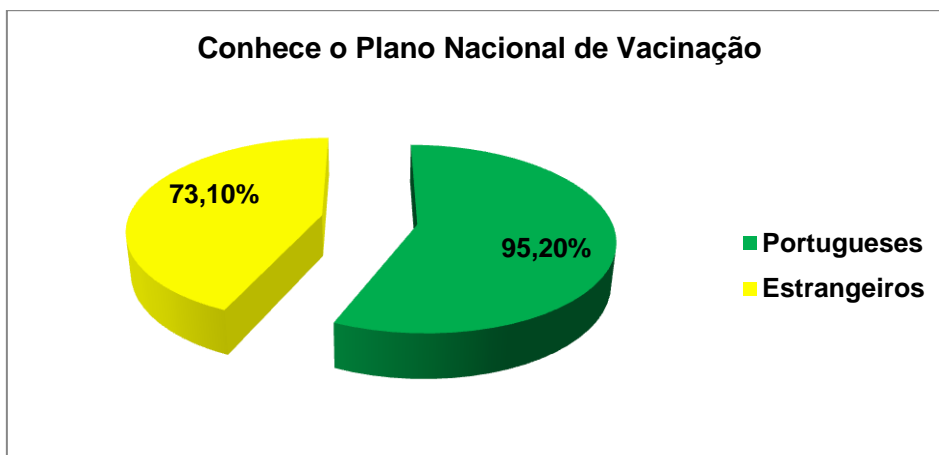


Gráfico 18: 95% dos Portugueses conhecem o Plano Nacional de Vacinação, apenas 73,1% dos Estrangeiros conhecem o Plano Nacional de Vacinação

Análise de conteúdo das questões de resposta aberta

De acordo com BARDIN (1977) a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos, que recorre a indicadores, a percentagens de ocorrência.

No tratamento das questões de resposta aberta utilizou-se o método das categorias, descrito por Bardin (1977), em que há uma manipulação no descodificar da expressão desse conteúdo de mensagem descrito nos questionários.

Da amostra dos **43** questionários, **87%** foram **sujeitos a análise de conteúdo**.

Qual o motivo pelo qual resolveu não vacinar o seu filho de acordo com o Plano Nacional de Vacinação Português?

- Receio dos efeitos secundários e dúvida sobre a eficácia das vacinas: **10%**
- Outro motivo: **76%** dos inquiridos apontam para razões como:
 - ✓ Receio do Mercúrio e Sulfato de alumínio das vacinas;
 - ✓ Perigoso vacinar crianças antes dos 6 meses;
 - ✓ Vacina VASPR não é necessário ser administrada nos rapazes.

Qual ou quais as vacinas que considera menos importante no PNV Português?

- Todas as vacinas do PNV Português foram mencionadas, pelo menos uma vez, como não sendo importante.

2.5.DIUSSÃO DOS RESULTADOS

A frequência das respostas a cada questão de resposta fechada foi apresentada, a análise de conteúdo às questões de resposta aberta foi realizada, agora pretende-se analisar e procurar explicação para os fatos observados.

IMPERATORI (1999), diz nos que é durante o diagnóstico de situação que se definem os principais problemas de saúde e identificam-se as causas possíveis para os mesmos.

Os resultados apontam para uma diversidade cultural nestas duas escolas, uma vez que mais de 50% da amostra é proveniente de Encarregados de Educação de Nacionalidade Estrangeira (Inglesa, Ucraniana, Francesa, Alemã, Brasileira, Irlandesa, Holandesa e Australiana). Este resultado está de acordo com a caracterização sócio-demográfica da UCC Infante, que nos remete para um aumento do número de imigrantes, no concelho, constituindo-se um grupo populacional mais vulnerável devido a fatores como diferenças culturais e de comunicação, que condicionam uma maior dificuldade na adesão a determinados Programas de Saúde, neste caso o PNV, fundamentais à saúde pública da região.

A análise de conteúdo efetuada às questões de resposta aberta, apontam para causas essencialmente relacionadas com fatores culturais: crenças, filosofias sobre as vacinas. Um outro fator preponderante para a não adesão ao PNV Português pode estar relacionados com falta de informação relativamente à temática da vacinação no que respeita ao comportamento epidemiológico das doenças abrangidas pelo PNV, uma vez que, constatou-se que, 61,7% da amostra refere não ter recebido qualquer tipo de informação local sobre as vacinas recomendadas pelo PNV Português e 85,1% considera essa informação importante.

A existência de diferenças significativas nas duas nacionalidades no que respeita, ao conhecimento dos serviços disponíveis no CS da área de residência e ao conhecimento do PNV, sendo a Nacionalidade Estrangeira a que apresenta menor percentagem, no que concerne a essa informação, aponta para um outro aspeto importante, o da comunicação entre os serviços de saúde e a comunidade de Nacionalidade Estrangeira existente nas escolas em estudo.

Estamos perante um grupo populacional marcado por diferenças culturais e com necessidades informativas específicas.

Perante o que foi exposto tornou-se imprescindível estabelecer uma rede de maior proximidade com estas duas escolas, com o objetivo de não só colmatar as necessidades informativas que demonstram como também aumentar o grau de confiança e de proximidade com os serviços de saúde por forma a estabelecer uma maior e eficaz comunicação, nomeadamente com a população Estrangeira.

Tal como preconiza a DGS (2010), os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumem junto da comunidade um papel fulcral no que respeita à adesão ao PNV, não só pela proximidade que têm junta da população bem como pela integração que têm em vários projetos de caráter comunitário, que permitem maior proximidade aos grupos de imigrantes podendo identificar casos e intervir.

Perante estes resultados torna se imprescindível um outro tipo de intervenção por parte dos enfermeiros. As convocatórias por carta a estes grupos populacionais não demonstram ser estratégias de intervenção eficazes. Há que melhorar e corrigir as práticas interventivas e sobretudo adequar aos contextos. Tal como nos diz, AMARO (2005), “em nome da “produtividade” quantitativista de curto prazo coloca-se em causa a produtividade integrada de longo prazo.

Vendo a Saúde como pilar do desenvolvimento, é decisiva a sua desinstitucionalização/desmistificação, no sentido de “sair dos hospitais, centros de saúde”, ir ao terreno, uma vez que é na comunidade que estão as pessoas, os problemas. Os centros de saúde/hospitais são em si mesmo inibitórios de uma efetiva participação da população, pelo seu simbolismo e hierarquia técnica. É importante criar competências relacionais com a comunidade se pretendemos aumentar a segurança e confiança da população relativamente aos profissionais de saúde, AMARO (2005). É neste contexto que a Enfermagem Comunitária dotada de um corpo de conhecimentos científicos, pode dar o seu contributo e visibilidade ao seu trabalho.

A este respeito, AMARO (2005), também nos diz, que esta metodologia de proximidade pressupõe, por seu turno:

-deslocar meios logísticos para a comunidade; decodificar linguagens e as terminologias da Saúde e mobilizar competências relacionais, estar disponível para ouvir e aprender e não apenas para ensinar e curar.

Perante as alterações demográficas a que estamos sujeitos, aumento dos fluxos migratórios de onde surgem grupos populacionais com barreiras linguísticas, com crenças e filosofias próprias provenientes de diferentes

culturas, torna-se imperioso a mudança de estratégia se pretendemos ganhar a confiança da população e consequente adesão a determinado programas.

A Enfermagem Comunitária desempenha um papel fulcral como agente facilitador e motivador para a aprendizagem e consequentemente alteração de comportamento (KÉROUAC et al, 1994).

MOYRA ALLEN, citada em KÉROUAC et al (1994), diz-nos que a enfermagem deve surgir como recurso primário das famílias e comunidade. De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), artigo 80º - Do dever para com a comunidade. O enfermeiro, sendo responsável por uma comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem assume o dever de conhecer as necessidades da população/comunidade onde está inserido, participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. É de salientar que os profissionais de saúde deverão alargar o quadro tradicional da análise dos problemas de saúde, no sentido de incluírem nele, os fatores sociais, psicológicos, económicos e ambientais que têm influência na saúde.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O projeto de Intervenção decorreu durante o Módulo II na UCC Infante

Tendo sido atingidos, os objetivos delineados para o Módulo I, no qual foi realizado o Diagnóstico de Situação de Saúde, surge o Módulo II em continuidade ao trabalho desenvolvido no Módulo I. De seguida são apresentados os objetivos delineados para o Módulo II, bem como o Projeto de Intervenção dirigido à comunidade escolar, especificamente os Encarregados de Educação, das escolas estudadas e o enquadramento que sustenta o Projeto de Intervenção. Serão esplanadas, também, as atividades desenvolvidas ao longo do Módulo II, que visaram a consecução do Projeto.

3.1.OBJETIVOS

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

- Implementar um projeto de intervenção junto da comunidade escolar

Como objetivos específicos:

- Estabelecer prioridades de intervenção junto das 2 escolas
- Definir estratégias de intervenção face às prioridades identificadas
- Elaborar projeto de intervenção

3.2.PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE ESCOLAR: “FALAR SOBRE VACINAÇÃO NA COMUNIDADE”

A realização do Diagnóstico de Situação de Saúde da Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal a partir de um problema já identificado, baixa cobertura vacinal dos alunos, permitiu identificar alguns fatores causais relacionados com a baixa cobertura vacinal especificamente dessas duas escolas. Realizado o Diagnóstico de Situação, definido o problema prioritário e identificadas as necessidades, há que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação ao problema num determinado período de tempo. Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa, IMPERATORI

(1993). Foram tidos em conta elementos como o horizonte do projeto, ou seja, o tempo disponível para a intervenção.

Assim, atendendo a todos estes aspetos desenhou-se um projeto de intervenção na área da Saúde Escolar, dirigido aos encarregados de Educação, intitulado “**Falar sobre Vacinação na Comunidade**” (Anexo VIII)

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2011), sabe-se que a vacinação é considerada, entre todas as medidas de saúde pública, a que melhor custo-efetividade tem evidenciado e a sua aplicação sistematizada sob a forma de programas, contribui para melhorar o panorama da saúde no âmbito das doenças infecciosas. Trata-se de um programa universal, gratuito, acessível e sem barreiras para todas as pessoas presentes em Portugal. As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que a maioria dos tratamentos médicos. A vacinação do indivíduo, para além de constituir um ato de proteção individual e de qualidade de vida futura, constitui um ato de proteção da comunidade, principalmente de familiares e colegas de escola e de trabalho. Para além da proteção individual, uma elevada taxa de cobertura vacinal numa população impede a circulação de agentes infecciosos, o que permite a proteção dos não vacinados (que não têm idade para complementar o esquema vacinal ou por alguma contra-indicação específica). A este conceito, de uma população com alta cobertura vacinal que permite a interrupção da cadeia de transmissão da doença, chama-se imunidade de grupo. A direção geral de Saúde reforça a importância da vacinação, principalmente perante o atual ressurgimento de doenças contagiosas a nível europeu, que para além de causarem morbidade e/ou mortalidade, colocam um peso económico considerável aos sistemas nacionais de saúde e às famílias. O PNV constitui-se como uma receita universal preventiva.

Para que o PNV continue a ser um êxito é necessário manter elevadas coberturas vacinais para todas as vacinas do programa. Salientam-se três objetivos particularmente importantes: consolidação da eliminação da poliomielite, a manutenção de elevadas taxas de cobertura vacinal contra o sarampo e a rubéola de forma a eliminar estas doenças do país e a vacinação de todos os adultos contra o tétano.

A DGS preconiza a identificação de assimetrias geográficas, resultantes de grupos populacionais com características que determinam níveis mais baixos de proteção. A ação das estruturas locais de saúde com intervenção junto das comunidades é fundamental para a correção dessas assimetrias e prevenção da disseminação, a partir de casos importados, de doenças infecciosas que se encontram eliminadas do nosso país (ex: poliomielite) ou em fase de eliminação (ex: sarampo).

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, assumem junto da comunidade um papel fulcral no que respeita a esta temática, não só pela proximidade que têm junto da população bem como pela integração que têm em vários projetos de caráter comunitário, que permitem maior proximidade aos grupos de risco, grupos de imigrantes ou outros com menor acesso aos serviços de saúde, podendo identificar casos e intervir.

Somente taxas de cobertura vacinal muito elevadas, de cerca de 95%, permitem obter imunidade de grupo. No caso do tétano, em que a proteção é individual, apenas uma cobertura vacinal de 100% evitaria o aparecimento de casos.

Para a maioria das vacinas existe uma **taxa de cobertura vacinal crítica**, a partir da qual é praticamente impossível a difusão da doença, mesmo nos indivíduos suscetíveis. (Anexo IX)

A modificação do estado imunitário da população altera a epidemiologia e a apresentação clínica das doenças. O PNV é atualizado em função desta evolução e da disponibilidade de novas vacinas, com o objetivo de melhorar a sua qualidade, tanto quanto possível, sem prejuízo da aceitabilidade por parte da população alvo

3.2.1. Atividades e Estratégias

Para o desenvolvimento do projeto foi de extrema importância definir cuidadosamente as estratégias, nomeadamente:

- ✓ No Início do estágio, Módulo II, agendamento, de reunião com a diretora da Escola Inglesa do Barlavento para apresentação dos resultados obtidos e pertinência de realização de sessões de educação para a saúde aos encarregados de educação (Anexo X);
- ✓ Envio de carta à Direção Regional de Educação do Algarve, Agrupamento de Escolas Gil Eanes, com os resultados obtidos dos questionários aplicados e da pertinência de apresentação das sessões de educação para a saúde aos encarregados de educação. (Anexo XI);
- ✓ Agendamento de reunião com a Professora Carla Sardinha, responsável, durante o ano letivo 2011-2012, pelo Projeto de Promoção e Educação para a Saúde nas Escolas, do Agrupamento Vertical de Escolas do Gil Eanes, ao qual pertence a Escola do Sargaçal.
- ✓ Integração nas atividades da equipa de Saúde Escolar 2011-2012
- ✓ Convite e envolvimento das enfermeiras da Vacinação nas ações de sensibilização nas escolas.
- ✓ Estabelecimento de parceria com o Departamento Regional de Saúde Pública em Faro.

Tendo por base estas estratégias desenvolveram-se as seguintes atividades, na fase inicial:

- ✓ Apresentação do diagnóstico de situação de saúde da Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal e do projeto de intervenção à enfermeira responsável pela Saúde Escolar, Enfermeira Clara, à Enfermeira coordenadora da UCC, Enfermeira Isabel Pedro e à minha orientadora de estágio, Enfermeira Ana Rodrigues. Foi feito o pedido para a colaboração das mesmas no projeto;
- ✓ Apresentação dos resultados e apresentação do projeto de intervenção às Enfermeiras da Vacinação;
- ✓ Realização de reunião com a Professora diretora da Escola Inglesa do Barlavento, que aceitou a realização da sessão de esclarecimento na escola e disponibilizou-se para informar os Encarregados de Educação conjuntamente com uma funcionária da escola (não docente), que tem bom relacionamento com os encarregados de educação. Após reunião com a diretora da escola e a funcionária, conclui-se que a divulgação da sessão de esclarecimento deveria ser feita de forma informal pelas próprias. A diretora e a funcionária comprometeram-se a definir um dia estratégico para a sessão. Possivelmente seria num dos dias estipulados para reuniões com os encarregados de educação.
- ✓ Realização de reunião com a professora Carla Sardinha para apresentação dos resultados do estudo, relativos ao Diagnóstico de Situação, que tinha dado início no ano letivo anterior, uma vez que a professora Carla Sardinha seria a nova coordenadora das atividades de Promoção e Educação para a Saúde nas Escolas do Agrupamento Vertical de Escolas do Gil Eanes, referente ao ano letivo 2011/2012;
- ✓ Pedido de colaboração à Dra Helena Massena (Coordenadora Regional do Programa Nacional de Vacinação na Região do Algarve e responsável pelo Departamento Regional de Saúde Pública em Faro), no que respeita à facultações de bibliografia para as sessões de educação para a saúde.

No **decorrer** do projeto foram levadas a cabo as seguintes atividades:

- ✓ Ida a Faro, ao Departamento de Saúde Pública, para reunião com Dra Helena Massena, e recolha de bibliografia, normas e novas diretrizes no que respeita à vacinação;
- ✓ Elaboração de cartaz de divulgação da sessão de educação para a saúde: “**Vacinar é Proteger**” para distribuição nas escolas do Agrupamento vertical Gil Eanes, nomeadamente na Escola do Sargaçal; (Anexo XII)
- ✓ Elaboração de convite formal aos encarregados de educação da escola do Sargaçal a ser entregue pelo professor responsável; (Anexo XIII)
- ✓ Elaborado Panfleto Informativo; (Anexo XIV)
- ✓ Elaboração da sessão educativa: “**Vacinar é Proteger**” (Anexo XV)
- ✓ Realização da sessão educativa dia 18 de Outubro na Escola Inglesa do Barlavento: **Vacinar é Proteger**.

Esta escola, caracterizada, pela equipa de saúde escolar, como sendo uma escola com alguma renitência à intervenção da equipa de saúde escolar ao longo dos anos e sendo a escola que apresentava inicialmente menor taxa de cobertura vacinal, surpreendeu pela positiva, uma vez que foi a escola a qual se obteve maior número de respostas aos questionários. Durante a sessão as pessoas presentes mostraram-se muito interessadas, participando ativamente e colocando questões. Estiveram presentes **9** encarregados de educação. Inicialmente notava-se alguma apreensão por parte dos encarregados de educação. Contudo com o desenrolar dos acontecimentos, a sessão de educação para a saúde foi interativa e participativa.

Estiveram presentes e colaboraram na sessão a Enfermeira Ana Rodrigues e a Enfermeira Luísa da Vacinação do CSL.

Houve sensibilização dos encarregados de educação, para a importância da vacinação, o comportamento epidemiológico das doenças abrangidas pelo PNV. Apelamos também para a responsabilidade de cada indivíduo enquanto cidadão, no direito que têm ao exercício da sua cidadania, puder recusar a vacinação dos seus educandos. Contudo, perante esta escolha consciente e informada da recusa em vacinar, foi-lhes inculcada a responsabilidade do preenchimento da declaração de recusa vacinal nos serviços de vacinação. Este documento é imprescindível para uma contínua vigilância epidemiológica das doenças abrangidas pelo PNV e na identificação de casos de possíveis surtos.

No final da sessão foram distribuídos os panfletos informativos, escritos em português, nos quais foram sugeridos sites em Português e Inglês, onde os encarregados de educação podem aceder e realizar pesquisas sobre as vacinas e outras questões pertinentes sobre a temática. Estes sites foram sugeridos pelo Departamento Regional de Saúde Pública do Algarve, Faro;

- ✓ Realização de sessão educativa, no dia 15 de Novembro, na escola do Sargaçal: “**Vacinar é Proteger**”. Estiveram presentes **4** encarregados de educação. Mostraram-se motivados e participativos na sessão. Na sessão estiveram presentes e colaboraram a Enfermeira Ana Rodrigues e a Enfermeira Anália da vacinação do CSL. A professora Carla Sardinha também esteve presente. No final foi distribuído o mesmo panfleto informativo;

- ✓ Foram entregues panfletos informativos à professora da Escola do Sargaçal para distribuição pelos outros encarregados de educação e à professora Carla Sardinha para distribuição pelas outras escolas pertencentes ao Agrupamento;
- ✓ Foram entregues, também, à funcionária D. Lurdes (Escola Inglesa do Barlavento) panfletos informativos para distribuição pelos restantes encarregados de educação;
- ✓ Apresentação do **Diagnóstico de Situação** da população das escolas do Sargaçal e Inglesa do Barlavento, Projeto de intervenção, “**Falar sobre Vacinação na Comunidade**”, aos profissionais do CSL; (Anexo XVI)
- ✓ Realização de um Poster e apresentação do mesmo na UCC Infante. (Anexo XVII)

Em relação aos recursos humanos envolvidos neste projeto é importante sublinhar o apoio da Enfermeira Ana Rodrigues (orientadora de Estágio) e da Enfermeira Isabel (coordenadora da UCC Infante), bem como da equipa da Vacinação, e da Enfermeira Clara (saúde Escolar), da professora Carla Sardinha e outros professores que estiveram envolvidos ao longo destes meses, e à D. Lurdes (funcionária da Escola Inglesa do Barlavento), que foi o elo de ligação entre a equipa de saúde escolar e a diretora da escola na consecução deste projeto de intervenção, e por fim o Departamento Regional de Saúde Pública em Faro, com o apoio da Dra Helena Massena.

3.2.2. Avaliação do Projeto

Uma semana após a sessão de Educação para a Saúde, na Escola Inglesa do Barlavento, ao pesquisarmos no SINUS o estado vacinal dos educandos, que na altura do diagnóstico de situação (Maio/Junho de 2011) não apresentavam o PNV atualizado, constatou-se alteração no estado vacinal de alguns educandos. Esta situação pode ser medida em termos de indicador de resultado ou de impacto, a curto prazo e que se encontra descrita, também, no ponto resultados/impacto do projeto: “**Falar sobre vacinação na Comunidade**” (Anexo VIII)

O horizonte temporal do projeto é o ano letivo 2011/2012. Ao longo da execução do projeto serão feitas as respetivas avaliações face à concretização dos objetivos. Nesta primeira fase do projeto, a avaliação será feita face aos objetivos específicos delineados. Essa avaliação será feita com base em determinados indicadores, tais como:

Indicadores de processo

Na **escola Inglesa do Barlavento** estiveram presentes **9** encarregados de educação na ação de sensibilização.

Nº de encarregados de educação presentes na
ação de educação **9**
x 100 = 15%
Nº total de encarregados de educação da

escola Inglesa do Barlavento **60**

Na **escola do Sargaçal** estiveram presentes **4** encarregados de educação na ação de sensibilização.

Nº de encarregados de educação presentes na

ação de educação **4**

$\times 100 = 12,9\%$

Nº total de encarregados de educação da

escola do Sargaçal **31**

Indicadores de Impacto

No final do Módulo II, para obtermos dados relativos a indicadores de impacto consultamos o programa SINUS e fizemos a pesquisa pelo nome das crianças que constavam na listagem dos alunos da 1ª, 2ª e 3ª classe do ano letivo anterior da Escola Inglesa do Barlavento e dos alunos da turma A e B da escola do Sargaçal do ano letivo anterior.

Relativamente à escola Inglesa do Barlavento constatou-se algumas mudanças relativamente ao estado vacinal, que podem ser avaliadas em termos de medida de impacto. Relativamente à escola do Sargaçal não se constatou até à data, da realização do estágio, qualquer tipo de alteração.

Taxa de cobertura vacinal da escola Inglesa do Barlavento em Maio de 2011

Nº de alunos da 1ª, 2ª, 3ª classe com PNV actualizado

Em Maio de 2011 **29**

$\times 100 = 68,2\%$

Nº total de alunos da 1ª, 2ª e 3ª classe

em Maio de 2011 **43**

Taxa de cobertura vacinal da escola inglesa do Barlavento em Maio de 2011

Nº de alunos pertencentes à 1ª, 2ª, 3ª classe do ano letivo

anterior com PNV actualizado em Novembro de 2011 **32**

$\times 100 = 74,4\%$

Nº total de alunos pertencentes à 1ª, 2ª e 3ª classe do ano

letivo anterior em Novembro de 2011 **43**

Na Escola Inglesa do Barlavento constatou-se um aumento da taxa de cobertura vacinal dos educandos após a intervenção em **6,2%**.

Ocorreram também outras alterações na Escola Inglesa do Barlavento, após a intervenção, que passo a descrever:

2ª CLASSE: Houve **2 atualizações do estado vacinal** e 1 criança que iniciou a atualização do estado vacinal.

3ªCLASSE: Houve **1 atualização do estado vacinal**, houve 1 encarregado de educação que veio inscrever o seu educando no sistema nacional de saúde, que até à data não estava e houve outro encarregado que veio preencher a declaração de recusa de vacinas.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Neste Capítulo será feita uma análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do Módulo I e II, inerentes à prática especializada de Enfermagem Comunitária. A análise dos dois módulos é feita em conjunto uma vez que estes dois Módulos complementam-se.

Análise crítica e reflexiva

O módulo I proporcionou a integração na equipa de saúde escolar e propiciou o início do diagnóstico de situação de saúde da comunidade escolar, relativo ao estado vacinal dos educandos das escolas Inglesa do Barlavento e do Sargaçal, através da aplicação de um questionário aos encarregados de educação dos mesmos. O Diagnóstico de Situação de saúde e o conseqüente Projeto de Intervenção foi realizado com base na Metodologia do Planeamento em Saúde. O Planeamento em Saúde é um método científico, que nos fornece instrumentos, de forma a intervir na causa dos problemas. Nesta situação específica, partiu-se da existência de um indicador: baixa cobertura vacinal dos educandos de Escolas do 1º ciclo da área de abrangência da UCC Infante. Este indicador foi propulsor de todo o diagnóstico de situação. As taxas de cobertura vacinal são indicadores que retratam o estado de saúde da comunidade, contudo, não explicam por si só a situação ou os fatores que assim o determinam. A intervenção, aquando de incumprimento do PNV, através de convocatória por carta ou telefone foi alvo de uma análise crítica e reflexiva no que respeita à mudança de atitude/comportamento por parte dos enfermeiros, perante comunidades específicas decorrentes de contextos marcados por diferenças culturais e linguísticas. Considerou-se que esta não era a intervenção mais eficaz para com esta comunidade específica e decidiu-se então ir à causa do problema, intervir no contexto e delinear um projeto de intervenção no terreno, que fosse ao encontro das necessidades reais da população das duas escolas estudadas. Desta forma houve uma participação ativa na coordenação, promoção, implementação e monitorização de atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde. A mudança/alteração de uma estratégia de intervenção pressupõe uma perspetiva mais avançada, uma vez que se baseia em pressupostos de um conhecimento mais profundo, científico e reflexivo relativo à nossa prática. Estas características são fundamentais e reforçam a necessidade de uma enfermagem especializada, atenta aos pormenores, à singularidade, congregando uma série de conhecimentos que são mobilizados para as situações específicas e complexas. Planear em saúde não é a mesma coisa que planear num outro ramo, uma vez que, em saúde lidamos com a complexidade do ser humano e os valores individuais. Ir para o terreno, conhecer a população os vários intervenientes, estabelecer uma rede de parceria e conhecer os recursos disponíveis na comunidade, com vista a resolver os problemas de saúde identificados, foram aspetos tidos em consideração no desenrolar do módulo I e II.

O módulo II permitiu desenvolver um projeto de intervenção junta da comunidade escolar em estudo. Foram estabelecidas prioridades de saúde, formulados objetivos e estratégias. Relativamente às estratégias utilizadas, a criação de elos de ligação entre as escolas e a equipa de saúde escolar foi fulcral na consecução do projeto. A integração dos elementos da vacinação nas ações educativas também foram estratégias de intervenção no

sentido de “desinstitucionalizar” os cuidados de saúde dos grandes centros, criar uma proximidade maior com a população.

A realização e cooperação na vigilância epidemiológica também foi uma competência desenvolvida, no sentido em que foi utilizada evidência científica na criação de soluções inovadoras no que respeita a problemas de saúde pública. Esta competência desenvolveu-se no sentido em que houve uma proposta de mudança de intervenção no que respeita ao problema de baixa cobertura vacinal das duas escolas estudadas. Atrevo-me a dizer que desta forma, houve uma otimização no que respeita à operacionalização do PNV, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária.

Ao longo dos dois Módulos foram abordadas questões complexas, onde o respeito pelas crenças e valores dos indivíduos prevaleceu. Com a realização das sessões educativas houve clarificação de aspetos importantes e potenciou-se a tomada de decisão livre, esclarecida e responsável. No decorrer dos estágios foram integrados, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, Educação, comunicação, ciências Humanas e Sociais.

Neste contexto torna-se pertinente partilhar uma experiência vivenciada na Escola Inglesa do Barlavento em que no início da sessão educativa os encarregados de educação abordaram - nos referindo perceberem muito mal a língua Portuguesa. A sessão estava preparada em Português e no momento houve necessidade de reformulação da sessão, houve uma adaptação da sessão educativa às necessidades dos presentes. Portanto, pediu-se a colaboração de um dos encarregados de educação durante a apresentação. A sessão que estava preparada em Power Point (método expositivo) serviu apenas de fio condutor, para uma sessão que se veio a revelar, no decorrer, muito interativa e interessante. Esta situação reflete a capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas, a iniciativa e criatividade necessárias para o desenrolar de um conjunto de atividades promotoras de uma assistência eficaz ao grupo. Estas características parecem fundamentais e reforçam a necessidade de uma enfermagem especializada, atenta aos pormenores, à singularidade, congregando uma série de conhecimentos que são mobilizados na situação.

É neste sentido e perante o que foi descrito que o enfermeiro especialista em saúde comunitária “assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes,” OE (2010, p.2) Regulamento das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária.

PARTE II
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA
– AO ENCONTRO DOS MAIS
DESPROTEGIDOS-

1. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Este capítulo, pertencente à Parte II do meu percurso, reporta-se ao Módulo III, um estágio de cariz opcional relativamente à escolha do local a estagiar. De seguida será feita uma breve descrição do local de estágio e sua contextualização e apresentados os objetivos do Módulo III. As atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como a análise crítica e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do mesmo, também serão aqui abordadas.

1.1. ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL - MÉDICOS DO MUNDO

Médicos do Mundo (MdM), trata-se uma Organização Não Governamental de ajuda Humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem fins lucrativos, nem filiação partidária ou religiosa. O trabalho dos MdM assenta no direito fundamental de todos os seres humanos terem acesso a cuidados de saúde, independentemente da sua nacionalidade, religião, ideologia ou raça. Em Portugal desde 1999, as atividades desenvolvidas são asseguradas por uma equipa operativa com cerca de 3 dezenas de pessoas. O trabalho desenvolvido depende do apoio de duas centenas de voluntários e dos donativos de milhares de particulares e empresas que sentem afinidade com este tipo de missão. A ação dos MdM é desenvolvida através de Projetos Nacionais, Projetos Internacionais, ações de sensibilização e Educação para o desenvolvimento e voluntariado.

O Módulo III decorreu, decorreu na ONG, MdM, no âmbito de um Projeto Nacional, desenvolvido em Évora, intitulado “**Saúde Sem Papéis**”.

Porque a exclusão Social implica normalmente um deficiente acesso a cuidados de saúde, também a situação administrativa irregular de um indivíduo o pode impedir de recorrer a instituições de saúde. O “Saúde sem Papéis” visa colmatar essa lacuna.

A ação dos MdM em Évora decorre à **Segunda- Feira no Bairro Horta das Figueiras** (periferia de Évora), à **Terça – Feira no Bairro de Santiago** (um dos bairros da periferia do Concelho de Estremoz), **Quarta - Feira em Estremoz**, num **Projeto** intitulado “**Montes Isolados**”, em parceria com a UCC e Câmara Municipal de Estremoz. À **Quinta - Feira** à noite na **Cruz da Picada** (Bairro da periferia de Évora).

As práticas dos MdM assentam nos pilares de prestar informação específica, aconselhamento, realizar rastreios e realizar os respetivos encaminhamentos aquando de situações que assim o exijam. No que respeita à escolha do Módulo III, nos MdM, não só tem a ver com questões de enriquecimento pessoal e imenso gosto por este tipo de filosofia e missão, bem como enriquecimento profissional na área de intervenção comunitária.

A prestação de cuidados globais de saúde é o pilar da ação de Médicos do Mundo. Não há apenas o combate à doença; existe a luta por fazer chegar aos mais desprotegidos um conceito alargado de saúde, que inclui o bem-estar físico, psíquico e social, tal como foi definido pela Organização Mundial de Saúde na conferência que decorreu em 1979 em Alma Ata.

Através das suas atividades e dos seus testemunhos, denuncia as violações de direitos humanos e, em particular, as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; Desenvolve novas abordagens e novas práticas de saúde pública, baseadas no respeito pela dignidade humana (Médicos do Mundo 2011). A equipa dos MdM de Évora é constituída pela Coordenadora de projeto, DRa Manuela, Psicóloga Helena e o Enfermeiro Pedro Carreira.

1.2.OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Conhecer a dinâmica da ONG - Médicos do Mundo, sua missão, filosofia e atividades junto da população.

Objetivos Específicos:

- Participar em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária, dirigida a grupos com maior vulnerabilidade;
- Intervir em grupos ou comunidades com necessidades específicas, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados;
- Participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em contextos específicos.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

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

- ✓ À **Segunda-Feira**, os MdM, dirigiam - se à comunidade do **Bairro Horta das Figueiras**, onde realizava rastreios (avaliação da tensão arterial, glicemia capilar, colesterol, peso, avaliação do perímetro abdominal e determinação de IMC). Fazíamos a avaliação do risco cardiovascular e educação para a saúde no sentido de Promover estilos de vida saudáveis.

Esta experiência foi muito interessante na medida em que se realizava numa unidade móvel e era visível o interesse e participação por parte da comunidade do bairro aquando da nossa chegada. O atendimento era personalizado de forma a respeitar a privacidade de cada indivíduo e como estratégia de criação de relação empática e de confiança. A população abrangida era essencialmente idosa ou então, população mais jovem desempregada a viver do RSI (Rendimento Social de Inserção). A equipa dos MdM. não pretende substituir os cuidados prestados pelos serviços de saúde. A sua principal função reside no apoio pontual, responsabilizando sempre o indivíduo/família para que estes sejam os principais agentes de mudança nos seus processos de vida. Muitas vezes, surgiam situações limite que referenciávamos no momento para o centro de saúde da área de residência ou até mesmo ao hospital.

A unidade móvel era provida de medicação que muitas vezes também servia para solucionar situações pontuais de dificuldades económicas, pontualmente fornecíamos medicação e depois havia o respetivo encaminhamento para as unidades e serviços competentes, as quais poderiam dar continuidade ao processo.

- ✓ À **Terça-Feira**, os MdM deslocavam-se até ao **Bairro de Santiago, situado na Freguesia de Santo André, da Cidade de Estremoz**. Esta iniciativa partiu do Presidente da Junta de Freguesia de Santo André, no âmbito do projeto Saúde sem Papéis.

O presidente da Junta de freguesia de Santo André deu-nos um retrato de uma população residente, envelhecida e isolada e por outro lado, de uma população mais jovem, contudo desempregada e a viver do RSI. Os MdM iniciaram a sua intervenção começando por ir conhecer o terreno, visitar os locais mais frequentados pela população, cafés mercearias locais. Inicialmente começamos por identificar alguns idosos mais isolados no bairro, ou com alguns problemas de saúde. Esta identificação era feita pelos próprios moradores do bairro, com os quais estabelecíamos um contato pontual nas ruas ou com moradores que frequentavam o café ou as mercearias locais e que de certa forma conseguíamos criar ligações mais estreitas. A manhã era ocupada pelas visitas domiciliárias que realizávamos a esses idosos sinalizados pela população local. Durante a tarde permanecíamos na unidade móvel, estacionada no largo perto da igreja do Bairro de Santiago e durante este período era a população que vinha ao nosso encontro. As atividades realizadas passavam por testes de rastreio e aconselhamento. A população que mais nos procurava eram essencialmente pessoas em idade ativa, com idade inferior a 65 anos e que estavam desempregadas, a viver do subsídio de desemprego, outras já estavam com o rendimento social de inserção. Dos atendimentos realizados ressaltam alguns

mais pertinentes, aos quais tivemos de dar um apoio mais especializado e outro tipo de acompanhamento, no que respeita à informação dos recursos existentes na comunidade aos quais poderiam recorrer. Já era habitual o atendimento a uma senhora de 47 anos que vivia do RSI, era jardineira, o marido pedreiro, ambos desempregados. A senhora relatou a sua história de violência doméstica durante o 1º casamento. Uma outra senhora que recorria à unidade móvel com alguma frequência, era uma senhora, também desempregada com 52 anos, que vivia com os pais, ambos doentes. Houve espaço para que a senhora, também falasse do problema pelo qual estava a passar, uma depressão, diagnosticada e medicada, segundo a mesma.

Aos poucos criaram-se ligações estreitas de confiança e colaboração com os moradores do bairro. Uma outra situação importante a salientar, a de dois idosos que viviam sozinhos, não tinham filhos nem tinham familiares por perto e que já não eram vistos pelos vizinhos desde há 2 dias. A nossa intervenção passou por realizar os vários contatos com as instituições locais de forma a podermos entrar na casa dos idosos. Passado 1h, a porta da casa dos idosos foi aberta, na presença dos Bombeiros e PSP local, e podemos prestar o primeiro auxílio aos idosos que se encontravam caídos há dois dias. Ambos foram levados para o Hospital.

Posteriormente, tivemos conhecimento, que foram institucionalizados por não apresentarem condições que os permitisse voltar ao seu lar.

Uma outra situação experienciada, durante a visita domiciliária a um senhor, que segundo os moradores do bairro vivia sozinho, não tinha ligação com a família (a família estava separada há alguns anos). Este senhor também já não era visto pelos moradores há cerca de 1 mês. Após visitarmos o senhor deparamo nos com um senhor doente a habitar numa casa com poucas ou quase nenhuma condições de higiene. Apresentava saneamento básico e eletricidade, mas não apresentava o mínimo de conforto exigido para qualquer ser humano. O senhor passava os dias deitado. As refeições eram fornecidas pelo Centro Paroquial e Social de Estremoz. O senhor foi encaminhado para o Centro de Saúde, nesse mesmo dia, de ambulância. Na semana a seguir, quando voltamos ao Bairro de Santiago deparamo nos com a equipa do Centro de Saúde de Estremoz (enfermeira e assistente social), que vinha realizar visita domiciliária para avaliar a situação do senhor. Perante a situação houve um contato com a família no sentido de os consciencializar, responsabilizar e envolver em todo o processo. Na semana seguinte quando fomos visitar o Senhor, constatamos que estava acompanhado pela família. O filho e o neto estavam agora a orientar a alimentação e toda a medicação do senhor. Nesta fase o senhor estava a ser acompanhado tanto pelo centro de saúde, beneficiando de oxigenioterapia no domicílio, como pela família.

Este episódio espelha uma situação limite e ousa-se mesmo dizer de emergência comunitária, onde a enfermeira especialista em enfermagem comunitária pode e deve desenhar um plano de intervenção que se destaca pela procura da excelência dos cuidados.

A intervenção em problemas de saúde complexos e a promoção do trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia nas intervenções, esteve presente neste caso específico acima descrito.

Após o descrito, é importante referir que houve uma mobilização constante dos parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas desta comunidade específica, que passou desde

a colaboração da população na identificação de alguns idosos mais vulneráveis, até aos vários contatos realizados com o presidente da Junta, PSP local e na intervenção do Centro de Saúde na colaboração à resolução dos problemas que iam sendo sinalizados.

- ✓ Às **Quartas – Feiras**, os MdM integravam no projeto “**Montes isolados**”. Este era um projeto que decorria em Estremoz em parceria com a UCC de Estremoz e Câmara Municipal de Estremoz. A unidade móvel dos MdM, com sua equipa, conjuntamente com a enfermeira da UCC de Estremoz e Assistente Social da Câmara Municipal de Estremoz realizava visita aos montes isolados de Estremoz no sentido de fazer o levantamento do estado de saúde e diagnóstico social dos idosos ou agregados familiares (indivíduos com mais de 65 anos). O levantamento do estado de saúde e social dos idosos/agregado familiar era realizado através de entrevista estruturada e abordava várias dimensões, de forma a fazer o levantamento das necessidades de apoio social e necessidades de saúde específicas de cada idoso ou agregado familiar. Estes idosos que residiam nos montes isolados de Estremoz já tinham sido previamente identificados pela PSP local, no âmbito do projeto da PSP: Idosos em Segurança. A PSP local fez a identificação e registo desses idosos com a respetiva morada (o nome do monte). As visitas domiciliárias aos Montes Isolados eram feitas sempre na presença de um PSP local, como estratégia de garantia de segurança aos idosos visitados.

No desenrolar deste projeto foram vivenciados momentos e situações únicas que só este tipo de intervenção, “no terreno” permite. Durante as várias abordagens aos casais de idosos, muitas vezes era perceptível que, o prestador de cuidados informal, um dos cônjuges, também ele inspirava e necessitava de cuidados de saúde. A rede de suporte comunitário era fraca, uma vez que as famílias viviam longe e a acessibilidade aos serviços de saúde era deficiente. Estas eram situações que ficavam logo sinalizadas para a UCC de Estremoz, para que a equipa de cuidados continuados integrados fizesse avaliação da necessidade de acompanhamento do idoso mais dependente e na necessidade de providenciar condições para o “descanso do cuidador”. O Descanso do Cuidador criado no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados possibilita o internamento, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador. Tendo como ponto de referência a vontade das famílias em cuidarem e manterem os seus familiares junto de si, a modalidade do Descanso do Cuidador apresenta-se como uma oportunidade de descansarem, permitindo ainda não descuidarem a sua própria saúde física e mental, determinante no cuidado ao outro, tal como nos diz FIGUEIREDO (2007)

- ✓ À **Quinta - Feira à noite** a unidade móvel dos MdM dirigia - se a um outro bairro da periferia da cidade de Évora - **Cruz da Picada**. A Cruz da Picada é um bairro social onde a toxicod dependência é uma realidade. O grande objetivo era conseguir obter a confiança daquela comunidade e iniciar o programa de troca de seringas. Este era um projeto que estava na fase inicial, ou seja, ainda estávamos na fase de conhecer o terreno e ganhar a confiança deste grupo específico. Esta também era uma atividade que decorria no âmbito do projeto “**Saúde Sem Papéis**”, uma vez que as pessoas que ali recorriam careciam de quaisquer aspetos burocráticos.

✓ **Participação nas atividades delineadas pelos MdM no dia 30 de Novembro, dia Mundial da Luta contra a SIDA:**

Neste dia a unidade móvel deslocou-se ao centro da cidade de Évora e esteve durante a noite a realizar atendimento personalizado à população no sentido de esclarecimento de dúvidas sobre a temática. Muitas pessoas recorriam à unidade móvel com o interesse em realizar o rastreio do HIV, mas a nossa campanha era de esclarecimento e sensibilização no que respeita à temática e de informação/encaminhamento sobre o acesso à realização de teste de rastreio do HIV, de forma privada, segura e anónima.

3. PROJETO: ENVELHECIMENTO EM SEGURANÇA - INTERVENÇÃO NO BAIRRO DE SANTIAGO

No decorrer do estágio e perante os acontecimentos vivenciados surge este projeto, que tem como população alvo os idosos de risco/ com maior vulnerabilidade identificados, como também a população ativa, desempregada, da comunidade, através da criação de um grupo de voluntários (com os membros da própria comunidade) e sua articulação com outras instituições de voluntariado local, nomeadamente o Grupo das Vicentinas. Este grupo de voluntariado local, o Grupo das Vicentinas, proposto pelo Presidente da Junta de Freguesia, realiza visitas domiciliárias há vários anos a idosos em condições de maior vulnerabilidade, o que seria uma mais-valia para os membros da comunidade do Bairro de Santiago, que estivessem interessados em participar nesta iniciativa. O Projeto: **Envelhecimento em Segurança – Intervenção no Bairro de Santiago**, encontra-se em Anexo. (Anexo XVIII)

Para este projeto foram delineados os seguintes Objetivos Gerais e Específicos:

Objetivo geral:

- Diminuir o isolamento da população sénior da Freguesia do Bairro de Santiago, durante o ano de 2012.
- Aumentar a vigilância/segurança da população sénior da Freguesia do Bairro de Santiago, durante o ano de 2012.

Objetivos específicos

- Motivar, a população e os parceiros locais, para a participação na reunião de dia 3 de Janeiro;
- Sensibilizar e obter a colaboração dos Enfermeiros da UCC de Estremoz no projeto de intervenção no Bairro de Santiago, durante o ano de 2012
- Criar grupo de voluntariado local em cooperação com o grupo associativo das Vicentinas até Dezembro de 2012;
- Instruir o grupo de voluntariado sobre as atividades a serem exercidas durante as visitas domiciliárias, até Dezembro de 2012;
- Criar, dentro do grupo de voluntariado; um elo de ligação com a equipa da UCC de Estremoz, até Dezembro de 2012, na identificação e referenciação de agregados familiares considerados vulneráveis.

Atividades desenvolvidas no decorrer do Projeto:

- ✓ A 22 de dezembro de 2011 foi divulgado através de cartaz, pelos sítios estratégicos do Bairro de Santiago (café, merceiras e à própria população que se dirigia à unidade móvel), uma reunião com a população do Bairro de Santiago, a realizar-se a 3 de janeiro na Paróquia do Bairro de Santiago - **Ano Novo Vida Nova: Como viver no Bairro de Santiago (ANEXO XIX)**

- ✓ Os vários parceiros comunitários, PSP Local, Grupo das Vicentinas, Presidente da Junta de Freguesia foram, também, informados e mobilizados para esta reunião.
- ✓ A 3 de janeiro realizada a reunião na qual estiveram presentes os vários parceiros da comunidade convidados e **25 moradores do Bairro de Santiago**. (ANEXO XX)

Durante a reunião foi feita a apresentação da equipa dos MdM e qual o papel e atividades desenvolvidas ali no Bairro; Apresentação dos outros parceiros comunitários ali presentes; Auscultação da população presente; Sensibilização da população para a problemática do isolamento dos idosos do Bairro; partilha de testemunhos, por parte do grupo das Vicentinas, no que respeita à experiência na realização de visitas domiciliárias com o objetivo de combater o isolamento dos idosos. Durante a reunião também foi apresentado um outro projeto a ser implementado, a criação de uma Horta Comunitária.

Esta foi uma intervenção com vista à capacitação e empoderamento desta comunidade. Ao sensibilizarmos a população em geral para a problemática do envelhecimento e ao motivarmos a população para a criação de um grupo de voluntários, com os próprios moradores do bairro, com o apoio do Grupo das Vicentinas e dos outros parceiros comunitários, a comunidade estaria contribuir para o aumento da segurança e diminuição do isolamento dos idosos ali residentes e concomitantemente a contribuir, para a dinamização e da população mais jovem, que se encontra desempregada.

Durante a reunião o papel assumido pela equipa dos MdM foi o de mediador, uma vez que a nossa ação local seria pontual. A pretensão foi “lançar a semente”, para que a população, com os seus recursos e estratégias endógenas possam combater os problemas mais emergentes e identificados.

A primeira reunião na paróquia de Santo André (Bairro de Santiago) foi provida de chá, café e bolos para todos os seus participantes. Contamos com o apoio da Delta café, na disponibilização da máquina de café e do café.

Esta primeira reunião foi impulsionadora de uma outra reunião que ficou agendada para Início de Fevereiro.

4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

A frequência no Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária proporcionou este campo de estágio, tão enriquecedor e genuíno no que respeita à verdadeira essência da Enfermagem de Saúde Comunitária.

Este estágio constituiu um ponto marcante ao longo do percurso, não só pelas oportunidades que possibilitaram o consolidar de conhecimentos e competências inerentes à Especialidade de Saúde Comunitária.

A Enfermagem Comunitária tem um papel fulcral na intervenção comunitária, na capacitação e *empoderamento* das comunidades, que partem de estratégias endógenas locais capacitando as comunidades a partir dos seus próprios recursos, possibilitando a continuidade dos projetos em ligação com os recursos comunitários existentes.

Este estágio proporcionou a participação ativa no processo de capacitação de grupos e comunidades.

Relativamente ao projeto desenhado para o Bairro de Santiago, a primeira reunião, que foi desenvolvida na Paróquia do Bairro, permitiu reunir um grupo de moradores do bairro, bem como os indivíduos de instituições que surgem como recursos comunitários, permitindo mobilizar conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, comunicação. Tal como nos outros estágios, a abordagem aos diferentes problemas que surgiam era feita respeitando as crenças e valores de cada um. Ao longo deste estágio vários foram os momentos em que houve necessidade de desenvolver a capacidade de reagir perante situações complexas e imprevistas.

Este foi um estágio, que por excelência permitiu a participação, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. Permitiu intervir num contexto comunitário com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Este estágio foi muito aliciante, na medida em que permitiu, coordenar, dinamizar e participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

CONCLUSÃO

Os Módulos de estágio I, II e III permitiram dar resposta às necessidades pessoais e profissionais manifestadas relativamente ao desenvolvimento de competências inerentes à especialidade de saúde comunitária.

A Enfermagem de saúde comunitária é a área que por excelência faz intervenção comunitária, como tal torna-se pertinente o conhecimento sobre o desenho de projetos de intervenção na comunidade.

Para planear em Saúde é necessário conhecermos o terreno, população, família, grupo.

O planeamento em Saúde é de extrema importância, uma vez que, é necessário basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher.

A intervenção comunitária enquanto metodologia orientadora junto da comunidade abre um enorme leque de possíveis intervenções de enfermagem sendo atribuídas ao enfermeiro especialista competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.

O estágio módulo I iniciou-se com a realização do diagnóstico de saúde das escolas Inglesa do barlavento e escola do Sargaçal, sendo possível definir quais as necessidades reais, sentidas pela população e que propiciaram a baixa cobertura vacinal. O problema não residia em fraca acessibilidade aos serviços de saúde. Constatou-se que o aumento da taxa de emigrantes no Algarve teve influência na adesão ao PNV com a consequente baixa cobertura vacinal. Como se pode constatar mais de 50% da amostra dos encarregados de educação, das duas escolas era de nacionalidade estrangeira (Brasileiros, Holandeses, Ingleses...). A diversidade cultural era uma realidade e como tal, estávamos perante uma população com um conjunto de crenças, valores, que de certa forma influenciaram a adesão ao PNV. Contudo como se pode constatar no diagnóstico de situação efetuado, houve uma grande percentagem de encarregados de educação que referiram ser importante obter informações sobre as vacinas do PNV Português. Esta comunidade necessitava de esclarecimento, fortalecer as suas redes de comunicação, uma maior proximidade e articulação com os serviços de saúde. Aqui pode se ressaltar mais uma vez, a importância do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária, uma vez que está dotado de ferramentas que o possibilitam a “ intervenção em múltiplos contextos...nomeadamente com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por diferenças linguísticas e culturais. (OE 2010)

Face ao exposto estabeleceram-se com facilidade as prioridades tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde, o recurso temporal e procurando dar resposta aos problemas identificados. O diagnóstico de saúde estava delineado e tratava-se de algo muito específico, necessidades de maior proximidade/articulação com a saúde escolar do Centro de Saúde da área de residência, melhorar a comunicação entre os intervenientes no processo (saúde escolar, encarregados de educação, professores e outros intervenientes).

Estavam lançados assim os alicerces para o módulo II no qual se pretendia elaborar e implementar um projeto de intervenção específico e de acordo com as necessidades reais daquela comunidade. Operacionalizou-se o projeto “**Falar sobre vacinação na comunidade escolar**”. Este projeto assenta na prevenção primária. As diversas atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto procuraram estabelecer relações de maior proximidade com estas 2 escolas e com a equipa de saúde escolar, criar um elo de ligação em cada escola, realizar sessões de educação para a saúde por forma a instruir os encarregados de educação sobre a temática

da Vacinação. Envolver toda a comunidade escolar, desde os professores e auxiliares educativos, responsabilizando os, também, no apoio que podem prestar aos encarregados de educação relativamente à temática, foram estratégias utilizadas. O respeito pelas crenças e valores dos encarregados de educação estiveram sempre presentes em todo este processo.

Ao longo deste processo surgiram vários obstáculos, contudo “...são necessárias equipas de saúde escolar dinâmicas, motivadas e formadas para agir de acordo com as necessidades encontradas “no terreno” (ANDRADA, 2003).

MELEIS (2005) assume que as transições são despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades. Por outro lado, as transições requerem que a pessoa incorpore novo conhecimento, altere comportamentos e, assim, altere o conceito de si num contexto social.

A concretização do módulo III, nos médicos do mundo, permitiu integrar em equipas multidisciplinares, na implementação e operacionalização de projetos de intervenção local. De realçar que estas equipas partem de estratégias endógenas locais capacitando as comunidades a partir dos seus recursos próprios, possibilitando a continuidade dos projetos em ligação com outros recursos comunitários. O Módulo III proporcionou não só o desenvolvimento de competências inerentes à especialidade de Enfermagem Comunitária, como também, propiciou a participação e intervenção em contextos comunitários únicos, que possibilitaram sem dúvida a descoberta da essência da Enfermagem Comunitária.

A integração e consciência cultural no cuidar, de um modo geral, foi uma competência adquirida e desenvolvida ao longo dos estágios. Esta é uma competência fulcral na área de especialização de Enfermagem Comunitária, de forma a ir ao encontro das necessidades reais dos indivíduos/grupos/populações.

De uma forma transversal os objetivos delineados no projeto inicial foram alcançados. Para tal, muito contribuíram a orientação fornecida pelo projeto de estágio; as interações com as enfermeiras orientadoras de estágio e com a docente e tutora do mesmo; as experiências vivenciadas com os diferentes parceiros comunitários e com os indivíduos, famílias e grupos com os quais me deparei.

A aquisição de conhecimentos e o aprofundar temáticas como o planeamento em saúde, epidemiologia, investigação, gestão, formação, contribuíram para um desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências essenciais enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária, para a prestação de cuidados especializados à pessoa, grupo e comunidade. Importa ainda salientar que o recurso ao portfólio, enquanto instrumento pedagógico facilitou a redação do presente relatório.

A intervenção em múltiplos contextos, a capacidade de promover a capacitação e empoderamento da população, o trabalho em parceria, reforçando a articulação entre organizações e implicando os intervenientes nas tomadas de decisão em situações complexas e específicas foram competências desenvolvidas ao longo destes seis meses.

No decorrer do estágio constatei a grande importância das unidades curriculares lecionadas no período anterior. Foram ferramentas essenciais para uma maior compreensão e desenvolvimento de um estágio numa perspetiva mais avançada. Esta perspetiva mais avançada, baseia-se nos pressupostos de um conhecimento mais e científico, de uma análise mais crítica e reflexiva relativa à nossa prática, isto é, a prática baseada na evidência. O presente relatório **“ENFERMAGEM MAIS PERTO”** pretende espelhar e retratar a consciencialização e a importância crescente na criação de uma maior proximidade com as comunidades/famílias/grupos às quais os

enfermeiros prestam cuidados e das quais se esperam alterações de comportamento que visem não só uma melhoria do estado de saúde das populações/comunidades, como também, sentimentos de bem – estar por parte das comunidades/famílias/grupos sujeitos às nossas intervenções e cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ADEBO, E.O **Identifying problems for nursing research**. Internacional Nursing review. Nº21, pág 53;
- AMARAL, Manuela; GONÇALVES; Rogério; NUNES, Lucília; CÓDIGO DEONTOLOGICO-DOS COMENTÁRIOS Á ANÁLISE DE CASOS, Editora Letrário- Ordem dos Enfermeiros: 2005; p. 77-85. ISBN 972-99646-02;
- AMARO, Roque. **Saúde Comunitária: um caminho para o desenvolvimento**. Seminário no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, UCP/ICS/ESPS , Lisboa: Março,2011.
- ANDRADA, M.G. - Paralisia Cerebral – etiopatogenia / diagnóstico / intervenção. Arquivos de Fisiatria. 10: 5-16.
- AZEVEDO, C.A.M.; AZEVEDO, A.G. – Metodologia Científica. Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos.9ª ed. Lisboa: Universidade Católica editora, 2008, 178 p. ISBN 978-972-54-0212-2;
- BARDIN, L.- **Análise de Conteúdo** - Lisboa: Edições 70,1977, 225p.;
- BASE DE DADOS JURÍDICA – CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA. Edições Almedina; Coimbra 2010; ISBN:978-972-40-3967-1;
- BEAGLEHOLE, R., BONITA, R KJELLSTROM, T. - **Epidemiologia básica**. 1ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.191p.ISBN 972-98811-2-X;
- BENNET, P.- **Introdução Clínica à Psicologia da Saúde**. 1ª edição. Lisboa: Climepsi editores.p.34, 70-72
- CAMPICHE;C; et al. **A Comunidade como Centro**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.1999.p´.68-71
- CAMPOS, Maria Joana et al – O Membro da Família Prestador de Cuidados e a Transição para o seu Novo Papel. SERVIR. Lisboa. 57: 1-2 (2009) 37-44;
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Cuidar... a primeira arte da vida**. Loures, Lusodidacta, 2ªed., 2003, 448p. ISBN: 972-8383-53-3;
- DESPACHO nº10143/09.**D.R.II Série**. - Regulamento da Organização e do Funcionamento Da Unidade de Cuidados na Comunidade) (22/4/2011);
- DESPACHO nº12.045/2006 - Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde. **D:R II Série**;
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. (2006). *Orientações Técnicas* . Lisboa: revista.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. <http://www.dgs.pt>. 20/12/2011. 18h10;

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosa, consultado em:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>;
ELSA, Lechner. **Migração, Saúde e diversidade Cultural**. 1ª edição. Imprensa de Ciências Sociais: 2009. ISBN 978-972-671-232-9;

FIGUEIREDO, D.- Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. 1ª edição. Lisboa: Climepsi, 2007;

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. Pág 40-280. ISBN 972-8383-10-X.;

HANSON, Shirley May H.- **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. 2ª edição. Loures. Lusociência. 2005. ISBN:972-8383-83-5;

HONORÉ, Bernard- *A Saúde em Projecto*. Paris: Lusociência, 2002, 232p. ISBN:972-8383-312;

<http://www.medicosdomundo.pt> 23-4-2011 2h30.;

<http://www.dgs.pt> 24-4-2011 20h30 - Semana Europeia da Vacinação 23 a 30 de Abril 2011;

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

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA.1982,1993,2002; INE. Fichas Concelhias da região do Alentejo. Anuário Estatístico 2003-2006

KÉROUAC, Suzanne e tal – El pensamiento enfermero. Edição original. Barcelona. Editora: Études Vivantes, 1994. 36-41 p. ISBN 2-7607-0584-6;

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

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

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

FONSECA, C.L et al (Médicos de Medicina Geral e Familiar) : **Investigação Passo a Passo. Perguntas e respostas essenciais para a investigação Clínica**. 1ª edição. Lisboa: 2008

MELEIS, A – Theoretical Nursing: Development and Progress. 4^o edição. Editora Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia 2005. ISBN 10:0-7812-3 673-0;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. 15 p. [Em linha] www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Ottawa.pdf acessado em 3/01/2012;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde: declaração de Alma-Ata: recomendações**. Alma-Ata: 1978. 15p. [Em linha] www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Alma-Ata.pdf acessado em 3/1/2012;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, W. (2007). *WHO - World Health Organization*. Obtido de WHO: <http://www.who.int/en/>;

ORNELAS, J. **Psicologia Comunitária**. 1^a edição. Lisboa: Edições Sociedade Unipessoal, Lda. 2008. ISBN:978-972-954-256.7;

PESTANA, H & GAGEIRO, J. **Análise de dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**.

Portal da saúde Lei de Bases da Saúde. [http://www.portal da saúde](http://www.portal_da_saude). 15/10/2011. 19h;

REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA - Regulamento nº 128/2011: D.R.: II Série, p. 8667-8669;

REGULAMENTO Nº128/2011- Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. **D.R. II Série**

ROBYN, RICE – Prática de Enfermagem - Nos cuidados Domiciliários. 3^a edição Loures: Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2007, pág 114;

SAÚDE, D. G. (08 de Junho de 2004). *Portal da Saúde*. Obtido em 2011, de Web site do Ministério da Saúde : <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

SIMÕES, J.A. - **Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família**, Acta Med Port.; 23(3):483-492, 2010;

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

STEIN, Ailton Tetelbom - **Diagnostico de saúde de uma comunidade na zona norte de Porto Alegre, RS : comparação entre os respondentes e os não-respondentes**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica, 1989, 113p. [em linha] www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1388, acessado em 4/1/2012.

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

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE INFANTE. Administração Regional de saúde Algarve. IP. Agrupamento dos Centros de Saúde. Algarve II-Barlavento. **Plano de Ação 2010-2012.** Lagos 2009;

VIEIRA, Margarida. **Ser enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência.** 2ªedição. Lisboa: Universidade Católica.2009. ISBN978-972-54-0195-8;

ANEXOS

Anexo I- Diagnóstico de situação de Saúde, relativo ao estado vacinal de 2 comunidades escolares do 1º ciclo da área de abrangência da UCC Infante



"V MAIS PERTO"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE
ESCOLAR DAS ESCOLAS INGLESA DO
BARLAVENTO E SARGAÇAL**

Unidade de Cuidados na Comunidade Infante

Paula Alexandra Marques Martins

Aluna nº192010081

Lisboa, Setembro de 2011

ABREVIATURAS

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

PNV- Plano Nacional de Vacinação

INDICE

1.DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE ESCOLAR.....	67
1.1.Problema	67
1.2.Objetivos do diagnóstico de situação de saúde da escola inglesa do barlavento e escola do sargaçal	67
1.3.Procedimento metodológico	68
1.4.Estratégias	69
1.5.Necessidades identificadas	70
1.6.Priorização das necessidades	70
1.7.Reflexão	71
2.BIBLIOGRAFIA.....	73

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE ESCOLAR

O Diagnóstico de situação iniciou-se no Módulo I, no Centro de Saúde de Lagos, na Unidade de Cuidados na Comunidade Infante (UCC Infante). Decorreu no período de 26/4/2011 a 18/6/2011. Teve como ponto de partida a existência de um indicador, taxa de cobertura vacinal dos alunos do 1º ciclo relativos à área de abrangência da UCC Infante.

Após realizar leitura do Plano Ação 2010-2012 da UCC Infante, constatou-se que a população Alvo do programa de vacinação é de 47.709 utentes pertencentes aos 3 concelhos. Um dos objetivos da Unidade de Cuidados de Saúde personalizados (UCSP) é obter uma taxa de cobertura vacinal nos coortes de nascimento preconizados no Plano Nacional de Vacinação (2 anos, 6 anos e 13 anos) superior ou igual a 95%.

Relativamente aos indicadores sócio - demográficos descritos no Plano de Ação, importa aqui realçar, que relativamente à migração constata-se em todos os concelhos um aumento de imigrantes, que por um lado fazem com que haja um aumento da população ativa, mas constitui também um grupo populacional mais vulnerável devido a fatores como condições socioeconómicas, diferenças culturais e de comunicação. Todos estes fatores são condicionantes para uma maior dificuldade no que respeita á acessibilidade aos cuidados de saúde e na adesão a determinados programas de saúde que são fundamentais à saúde pública da região.

Após análise ao ficheiro de vacinação da UCSP com Enfermeira Ana Rodrigues constata-se que, relativamente ao 1º ciclo, referente ao ano letivo 2010/2011, existem escolas com cobertura vacinal inferior a 95%, sendo a Escola Inglesa do Barlavento e a Escola do Sargaçal as que apresentam menor taxa de cobertura vacinal (68,2% e 83,87% respetivamente) logo com maior número de convocatórias registadas, ou por carta ou por telefone.

1.1. Problema

Baixa cobertura vacinal da população estudantil das escolas: Inglesa do Barlavento (68,2%) e do Sargaçal (83,8%)

1.2. Objetivos do diagnóstico de situação de saúde da escola inglesa do barlavento e escola do sargaçal

Objetivo Geral:

- Identificar fatores relacionados com a baixa cobertura vacinal da escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal.

Objetivos específicos:

- Caracterização da população no que respeita à nacionalidade;
- Identificar diferenças entre as nacionalidades;
- Identificar os motivos pelos quais os educandos não são vacinados de acordo com o PNV;
- Identificar quais as vacinas que os Encarregados de Educação consideram menos importantes;

1.3.Procedimento metodológico

Para dar resposta aos objetivos delineados, para se proceder ao diagnóstico de situação, procurou-se identificar as reais necessidades sentidas por estas duas comunidades relativamente à temática da vacinação e que propiciou o problema de baixa cobertura vacinal nas 2 escolas.

Como tal delineou-se a população alvo e a amostra

População alvo: Encarregados de educação dos educandos da escola do Sargaçal e da escola Inglesa do Barlavento (74 encarregados de educação).

Amostra: 43 encarregados de educação que responderam ao questionário (nas 2 escolas).

Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados aplicado aos encarregados de educação foi um questionário. Com o questionário pretende-se colher o máximo de informação que permita compreender/identificar quais as necessidades relacionados com a baixa cobertura vacinal nestas 2 escolas.

1ª parte do questionário

Caracterização sócio-demográfica;

2ª parte do questionário

7 Questões fechadas e 2 abertas

Recolha de dados: Início: 10 de Junho de 2011; Término: 20 de Junho de 2011

Tratamento de dados: Setembro de 2011, com recurso ao programa SPSS viewer versão 15.0

1.4. Estratégias

As estratégias utilizadas nesta 1ª fase de diagnóstico de situação foram:

- Conhecer o terreno, integrar nas atividades da saúde escolar nas duas escolas;
- Informar as escolas da importância do Diagnóstico de Situação e da aplicação dos questionários;
- Questionários redigidos em Português e Inglês de forma a se obter o máximo de respostas;
- Criação de elos de ligação entre as duas escolas e a saúde escolar.

1.5.Necessidades identificadas

- **Informativas**, no que respeita:

- Comportamento epidemiológico das doenças abrangidas pelo PNV;
- Eficácia, efeitos secundários das vacinas;
- Componentes das vacinas;
- Declaração de recusa de vacinas;
- Importância da inscrição dos alunos no Sistema Nacional de Saúde;
- Sobre os serviços que o Centro de saúde tem para oferecer

1.6.Priorização das necessidades

A priorização das necessidades é importante na medida em que permite uma utilização eficaz dos recursos disponíveis, dentro do período de tempo preconizado. A priorização de necessidades foi feita com base numa árvore de tomada de decisão. Os critérios utilizados para a priorização das necessidades foram os seguintes: importância da necessidade, custo, capacidade técnica de intervenção, aceitação, IMPERATORI (1993). A utilização destas árvores de tomada de decisão é imprescindível aquando da existência de várias necessidades. Embora neste contexto apenas tenha sido identificada uma necessidade, torna-se imprescindível, também a sua utilização, para compreendermos a exequibilidade da mesma na realização de um projeto a curto prazo.

De seguida, passo a apresentar uma árvore de decisão. A árvore de decisão (gráfico 1) refere-se à necessidade de **Informação relativamente à temática vacinação**, por parte dos encarregados de educação.

Como podemos constatar pela árvore de tomada de decisão, a necessidade de **informação** por parte dos encarregados de educação é exequível de acordo com os critérios determinados e o tempo para a execução do projeto.

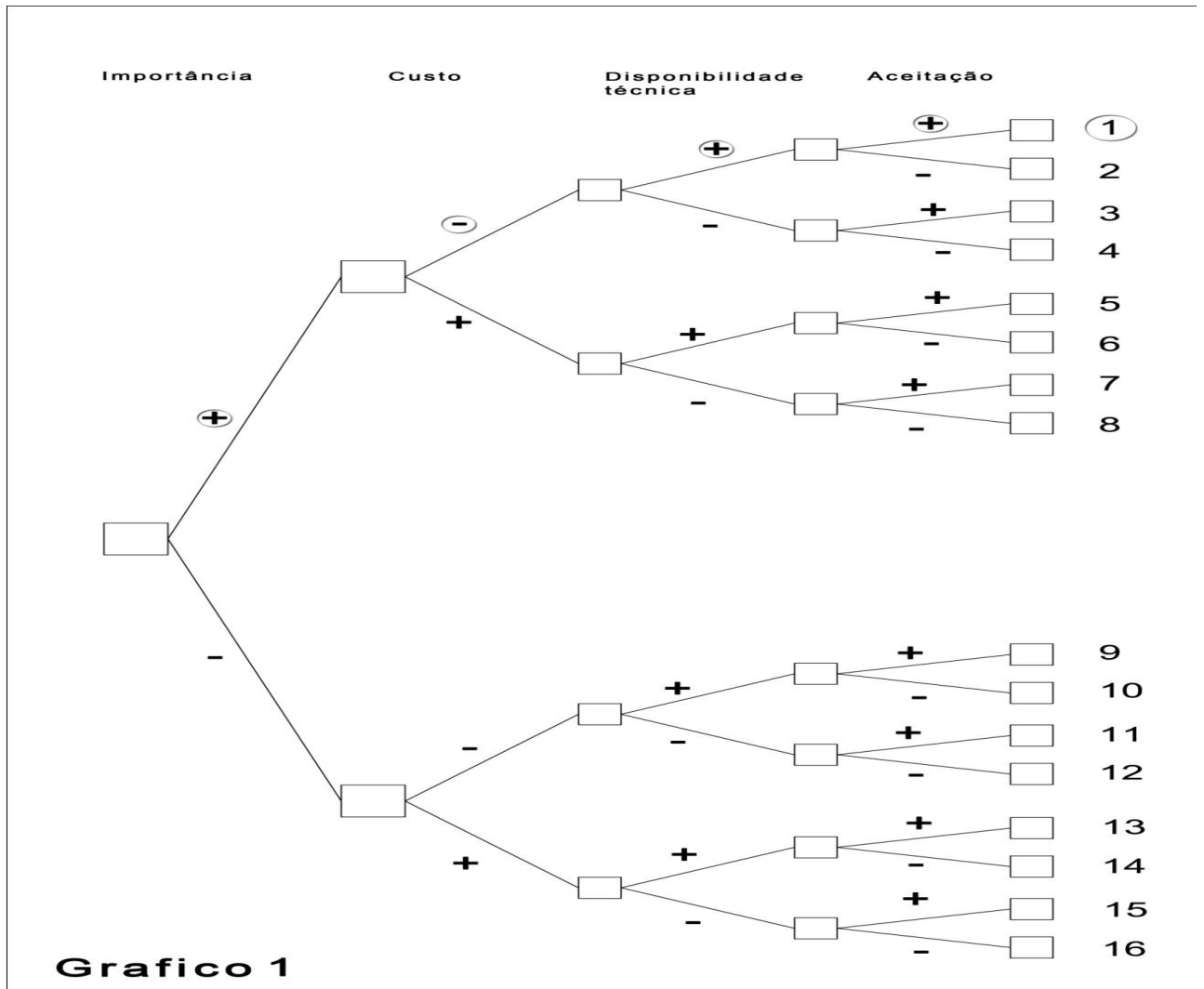


Gráfico 1: Árvore de tomada de decisão

1.7. Reflexão

Perante o exposto, o Diagnóstico de Situação está realizado. Sendo que um dos objetivos descritos no Plano Ação da UCC é a obtenção de uma taxa de cobertura vacinal nos coortes de nascimento preconizados no Plano Nacional de Vacinação (2 anos, 6 anos e 13 anos) superior ou igual a 95% e ao verificar que existem escolas da área de abrangência da UCC, que não cumprem esse objetivo, torna-se pertinente ir ao terreno de forma a compreender quais os fatores/necessidades relacionados com o problema. Depois de constatar as necessidades reais face ao problema, estabeleci as prioridades para então poder intervir. A grande necessidade sentida pelos encarregados de educação das 2 escolas relaciona-se com necessidades informativas relativamente às vacinas do PNV. Neste sentido torna-se pertinente a elaboração de um projeto de intervenção

com estratégias e atividades bem definidas, para alcançar os objetivos tangíveis numa sequência organizada de tempo.

2.BIBLIOGRAFIA

IMPERATORI, E; & GIRALDES, M.d (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde- Manual para uso de serviços centrais e regionais. Lisboa:obras avulsas

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE INFANTE: Lagos- Plano de ação 2010-2012

Anexo II- Questionário aplicado aos Encarregados de Educação



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO AOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO DOS EDUCADOS DA ESCOLA

Paula Alexandra Marques Martins, Enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, a frequentar o Curso de Mestrado profissional na área de especialidade de Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, no âmbito do estágio no Centro de Saúde de Lagos irá realizar um questionário que visa conhecer o estado de saúde dos educandos.

Solicito a vossa colaboração para o preenchimento do questionário que se segue.

Comprometemos a salvaguardar todos os princípios éticos inerentes à realização deste estudo, mantendo o anonimato das pessoas envolvidas.

O tempo médio de preenchimento do questionário é de 5 minutos.

Desde já, agradeço a sua colaboração.

Paula Martins

QUESTIONÁRIO

PARTE I

1. Idade: _____
2. Género: Masculino Feminino
3. Nacionalidade: _____
4. Profissão: _____
5. Residência em Portugal (nº de anos) _____

Parte II

Por favor, preencha as seguintes questões sobre a vacinação do seu filho, que frequenta esta escola e assinale com um (x) a sua opção.

1. Considera importante estar inscrito no Centro de Saúde da sua área de Residência?

Sim Não

2. Conhece os Serviços que o Centro de Saúde da sua área de residência tem para lhe oferecer?

Sim Não

3. Conhece o Plano Nacional de Vacinação Português?

Sim Não

4. Existe alguma vacina do Plano Nacional de Vacinação Português que considere menos importante para a proteção do seu filho/a

Sim

Não

4.1. Se respondeu, sim, à questão anterior, especifique qual ou quais as vacinas que considera menos importantes.

5. O seu filho/a, atualmente é vacinado noutra país, que não seja Portugal?

Sim

6. Recebeu algum tipo de informação local sobre as vacinas que são recomendadas para as crianças que residem em Portugal?

Sim

7. Considera Importante essa informação?

Sim

Responda a esta questão, apenas se o seu filho/a não cumpriu com o plano Nacional de Vacinação Português até à presente data.

8. Qual o motivo pelo qual resolveu não vacinar o seu filho de acordo com o Plano Nacional de Vacinação Português?

8.1. Receio dos efeitos secundários

8.2. Dúvida sobre a eficácia das vacinas

8.3. Outro

Qual

Anexo III – Pedido à DGIDC para Registo de Monitorização de Inquérito em meio escolar



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Consultar inquéritos » **Editar inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Paula Alexandra Marques Martins

Nome do interlocutor:

Professora Amélia Simões Figueiredo

E-mail de contacto do Interlocutor:

simoesfigueiredo@ics.lisboa.ucp.pt

Paula Alexandra Marques Martins

Sair

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registrar inquérito
- Instruções

- Início
- Pesquisar inquéritos

Dados do Inquérito

Número de registo:

0235200002

Designação:

Diagnóstico de saúde/estado vacinal da população estudiantil das escolas do 1º ciclo do Concelho de L

Descrição (máximo 8000 caracteres):

O inquérito apresenta 8 questões fechadas e uma aberta. Já foi realizado pré teste. Tem 2 partes. A primeira é caracterização sociodemográfica e a segunda parte o questionário com as 9 questões. O concelho de Lagoa apresenta elevada taxa migratória, pelo que temos uma população estudiantil multicultural.

Objectivos (máximo 8000 caracteres):

Com este questionário pretendo relacionar/compreender quais os factores relacionados com a não adesão ao plano Nacional de vacinação Português. Detectar necessidades formativas e posteriormente após tratamento dos dados realizar sessões de esclarecimento à população de forma a colmatar essas necessidades tendo como meta, aumentar a taxa de adesão à vacinação.

Periodicidade: <-- Periodicidade -->

Data do início do período de recolha de dados: 10-06-2011 (dd-mm-aaaa)

Data do fim do período de recolha de dados: 16-06-2011 (dd-mm-aaaa)

Universo:

Unidade de observação:

Método de recolha de dados:

Inquérito registado no Sistema Estatístico Nacional: Sim Não

Inquérito aplicado pela entidade: Sim Não

Indique o nome da entidade a aplicar o inquérito:

Agrupamento Vertical de escolas Gil Eanes- Escola EB 1 do Sargaçal e escola Inglesa do Barlavero

Instrumento de inquirição (ficheiro em formato PDF, Word, Excel, ZIP ou RAR com tamanho máximo de 2.0MB):

Procurar...

Ficheiro registado: 02352_201106011419_Documento1.doc (37,50 KB - DOC)

Apagar ficheiro: Sim Não

Nota metodológica (ficheiro em formato PDF, Word, Excel, ZIP ou RAR com tamanho máximo de 2.0MB):

Procurar...

Ficheiro registado: 02352_201106011419_Documento2.doc (27,00 KB - DOC)

Apagar ficheiro: Sim Não

<http://mime.gepe.min-edu.pt/Private/InqueritoEditar.aspx?id=3041>

02-06-2011

Outros documentos (ficheiro em formato PDF, Word, Excel, ZIP ou RAR com tamanho máximo de 2.0MB):

Procurar...

Ficheiro registado: 02352_201106011419_Documento3.doc (26,00 KB - DOC)

Apagar ficheiro: Sim Não

Data de registo:

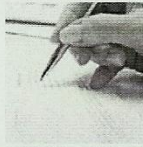
01-06-2011

Versão

1 (1)

Gravar alterações

Anexo IV – Resposta da DGIDC para circulação do questionário em Meio Escolar



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » **Pesquisar inquéritos**

Nesta página pode proceder à pesquisa de inquéritos cuja realização foi autorizada pela Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC).

Para efectuar uma pesquisa tem de preencher pelo menos um dos campos da ficha de pesquisa.

Utilizador:
 Palavra-chave:

Pesquisa de inquéritos

Nº do inquérito: Recolha de dados: <-- escolha -->

Texto:

Nome da entidade:

- Início
- **Pesquisar inquéritos**
- Registar entidade

Número de resultados: 1

Nº do inquérito	Designação	Entidade	Início da recolha de dados	Fim da recolha de dados
0235200002	Diagnóstico de saúde/estado vacinal da população estudantil das escolas do 1º ciclo do Concelho de Lagos	Paula Alexandra Marques Martins	10-06-2011	16-06-2011

Anexo V – Pedido de autorização para aplicar o questionário na Escola Inglesa do Barlavento



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exma. Sra./o
Directora/o da Escola Inglesa do Barlavento
Espiche
8600-110 Luz Lagos

Eu, Paula Alexandra Marques Martins, Enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio a frequentar o Curso de Mestrado profissional na área de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica de, no âmbito do estágio no Centro de Saúde de Lagos, vem por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para a realização de um questionário, aos encarregados de educação/pais dos alunos que frequentam a Instituição. O questionário tem como objetivo conhecer a situação de saúde relativamente à vacinação, dos alunos do 1º ciclo desta escola.

O tempo médio de realização do questionário é de 5 minutos.

Junto envio em anexo exemplar do questionário.

Desde já, agradeço a compreensão e colaboração, aguardo a autorização.

Lagos, 17 de Maio de 2011

Anexo VI- Pedido de autorização para aplicar o questionário à Direção Regional de Educação do Algarve



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exma. Sra. Professora Maria Paula Couto,
Presidente da Comissão Administrativa
Provisória do Agrupamento de Escolas Gil
Eanes.

Eu, Paula Alexandra Marques Martins, Enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio a frequentar o Curso de Mestrado profissional na área de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica, no âmbito do estágio no Centro de Saúde de Lagos, vem por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para a realização de um questionário, aos encarregados de educação/pais dos alunos que frequentam a Instituição. O questionário tem como objetivo conhecer a situação de saúde dos alunos, relativamente à vacinação, do 1º ciclo desta escola.

O tempo médio de realização do questionário é de 5 minutos.

Junto envio em anexo exemplar do questionário.

Desde já, agradeço a compreensão e colaboração, aguardo a autorização.

Lagos, 9 de Junho de 2011

HP LaserJet M2727nf MFP

Relatório de Confirmação do Fax

UCC-Infante
282780004
9-Jun-2011 09:14

Trab.	Data	Hora	Tipo	Identificação	Duração	Páginas	Resultado
473	9/ 6/2011	09:13:03	Enviar	0282770169	1:19	5	OK

AO CUIDADO DA PROFESSORA TÂNIA PAULA
COUTO.

OBRIGADO
Paula Martins

Anexo: VII- Resposta da Direção Regional do Algarve a autorizar a aplicação dos questionários



Direcção Regional de Educação do Algarve
Agrupamento de Escolas Gil Eanes

Ex^a. Sr^a. Dr^a. Paula Alexandra Martins
Centro de Saúde de Lagos
Rua da Ameijeira
8600 – 543 Lagos

S/referência:

S/Comunicação de:

N/referência

Data

4.2.

13 JUN 2011 09:07:79

ASSUNTO: Aplicação de questionário – Escola do 1º Ciclo do Ensino Básico do Sargaçal.

Relativamente ao assunto e de acordo com a vossa solicitação, cumpre-nos informar que a recolha de informação junto dos Pais e Encarregados de Educação dos alunos deste estabelecimento de ensino, através da aplicação de um questionário, dependerá do consentimento dos mesmos.

Sem outro assunto.
Com os melhores cumprimentos.

A Vogal da CAP


(Prof.^a Patrícia Ribeiro Moutinho)

Anexo VIII – Projeto “Falar sobre vacinação na Comunidade”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Falar sobre Vacinação na Comunidade

Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da Saúde Escolar da UCC Infante

Paula Alexandra Marques Martins

Aluna nº192010081

Lisboa, Novembro de 2011

ABREVIATURAS E SIGLAS

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

PNV- Plano Nacional de Vacinação

SINUS- Sistema de Informação Nacional de Unidades de Saúde

Nº - Número

INDICE

1.PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	95
1.1.OBJETIVOS DO PROJETO	95
2.RECURSOS	96
3.ATIVIDADES.....	96
4.CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES	98
5.AVALIAÇÃO DO PROJETO	99
6.BIBLIOGRAFIA.....	101

1. PROJETO DE INTERVENÇÃO

O Módulo II decorreu, também, na UCC de Lagos no período de 26/9/2011 a 19/11/2011.

Este módulo permitiu desenhar um projeto de intervenção de acordo com o diagnóstico de situação previamente traçado (Módulo I)

O projeto de intervenção intitulado: **“Falar sobre Vacinação na Comunidade”**, visa colmatar as necessidades detetadas no Diagnóstico de Situação de Saúde da Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal, realizado através dos dados recolhidos através de um questionário, aos encarregados de educação das duas escolas. O diagnóstico de situação de saúde das duas escolas teve como ponto de partida, um indicador, taxa de cobertura vacinal baixa, tal como descrito anteriormente. A pertinência do Projeto foi descrita ao longo do relatório: **“Enfermagem Mais Perto”**.

IMPERATORI (1993), pág 129, define um projeto como uma “atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa. A característica fundamental que distingue um programa de um projeto, é que enquanto o programa se desenvolve de forma continua ao longo do tempo, o projeto decorre num período de tempo bem delimitado.”

Neste caso específico, O projeto **“Falar sobre vacinação na Comunidade”** irá decorrer num período de tempo bem delimitado e visa obter um resultado específico, aumento da taxa de cobertura vacinal nas duas Escolas, contribuindo para a execução de um programa, neste caso específico, Programa Nacional de Vacinação.

Este projeto tem outra particularidade interessante, a de poder ser aplicado ao longo do ano letivo, pela saúde escolar, sempre que seja pertinente e necessário, contribuindo continuamente para a execução do Programa Nacional de Vacinal.

1.1.OBJETIVOS DO PROJETO

Objetivo geral

- ✓ Aumentar a taxa de cobertura vacinal das 2 escolas em estudo em 15% até ao final do ano letivo 2011/2012

Objetivos específicos

- ✓ Criar um elo de ligação, até Outubro de 2011, na Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal, que articule com a saúde escolar da UCC Infante;

- ✓ Informar, até 19 de Novembro de 2011, a Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal, sobre os serviços disponíveis do Centro de Saúde da área de residência;
- ✓ Dotar, até 19 de Novembro de 2011, os encarregados de educação da Escola Inglesa do Barlavento e Escola do Sargaçal, de conhecimentos sobre as vacinas do PNV;
- ✓ Obter, até 19 de Novembro de 2011, pelo menos numa escola, aumento da taxa de cobertura vacinal em 5%.

2. RECURSOS

Para dar consecução ao projeto serão necessários mobilizar alguns recursos humanos e materiais.

Como recursos humanos pude contar com a disponibilidade e participação da Enfermeira Ana Rodrigues, Especialista em Saúde Comunitária e na altura responsável pela área da vacinação e com as Enfermeiras da vacinação (Enfermeira Luísa, Anália e Carla). A Enfermeira Clara (Saúde Escolar) contribuiu prestando apoio no que respeita à articulação com os elos de ligação criados nas escolas

Para a realização das sessões educativas muito contribuíram as escolas em questão, no que respeita à disponibilização da sala, com as respetivas cadeiras e material audiovisual.

A Coordenadora da UCC Infante, Enfermeira Isabel Pedro e a Diretora de Enfermagem do Centro de Saúde de Lagos, Enfermeira Maria do Carmo contribuíram com a sua disponibilidade no que respeita ao consumo de alguns materiais, nomeadamente cartazes e panfletos a imprimir.

O Departamento Regional de Saúde Pública de Faro contribuiu no que respeita à facilitação de material bibliográfico referente à temática.

3. ATIVIDADES

- ✓ Articular com a equipa de saúde escolar e os elos de ligação das escolas no que respeita ao agendamento das sessões educativas;
- ✓ Articular com Departamento Regional de Saúde Pública de Faro;
- ✓ Elaborar o cartaz de divulgação da sessão educativa e convites formais aos encarregados de educação da escola do Sargaçal;
- ✓ Elaborar sessão de Educação para a Saúde sobre a Vacinação: “**Vacinar é Proteger**”;

- ✓ Elaboração do panfleto informativo;
- ✓ Apresentação dos resultados à equipa da UCC;
- ✓ Calendarização da implementação das várias fases do projeto.

4. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

ATIVIDADES	MÊS/2011		
	9	10	11
Reunião com os elos de ligação das 2 escolas (Sargaçal e Inglesa do Barlavento)			
Reunião em Faro, Departamento Regional de Saúde Pública			
Agendamento das sessões educativas com as Escolas			
Elaboração das sessões educativas, panfleto, cartaz e convite aos encarregados de educação			
Divulgação da sessão educativa nas escolas			
Sessão de esclarecimento na Escola Inglesa Do Barlavento			
Sessão de esclarecimento na Escola do Sargaçal			
Avaliação do projeto			
Apresentação do diagnóstico de situação/projeto de intervenção e resultados aos profissionais de Saúde do Centro de Saúde			

LEGENDA:

	Realizado por Enfermeira Paula Martins
	Realizado pelos elos de ligação das escolas
	Realizado por Enfermeira Paula Martins e Enfermeira Ana Rodrigues

5. AVALIAÇÃO DO PROJETO

O horizonte temporal do projeto é o ano letivo 2011/2012. Ao longo da execução do projeto serão feitas as respetivas avaliações face à concretização dos objetivos. Nesta primeira fase do projeto, a avaliação será feita face aos objetivos específicos delineados. Essa avaliação será feita com base em determinados indicadores, tais como:

Indicadores de processo

Na **escola Inglesa do Barlavento** estiveram presentes **9** encarregados de educação na ação de sensibilização.

Nº de encarregados de educação presentes na
ação de educação **9**
 $\times 100 = 15\%$
Nº total de encarregados de educação da
escola Inglesa do Barlavento **60**

Na **escola do Sargaçal** estiveram presentes **4** encarregados de educação na ação de sensibilização.

Nº de encarregados de educação presentes na
ação de educação **4**
 $\times 100 = 12,9\%$
Nº total de encarregados de educação da
escola do Sargaçal **31**

Indicadores de Impacto

No final do Módulo II, para obtermos dados relativos a indicadores de impacto consultamos o programa SINUS e fizemos a pesquisa pelo nome das crianças que constavam na listagem dos alunos da 1ª, 2ª e 3ª classe do ano letivo anterior da Escola Inglesa do Barlavento e dos alunos da turma A e B da escola do Sargaçal do ano letivo anterior.

Relativamente à escola Inglesa do Barlavento constatou-se algumas mudanças relativamente ao estado vacinal, que podem ser avaliadas em termos de medida de impacto. Relativamente à escola do Sargaçal não se constatou até à data qualquer tipo de alteração.

Taxa de cobertura vacinal da escola Inglesa do Barlavento em Maio de 2011

Nº de alunos da 1ª,2ª,3ª classe com PNV actualizado Em Maio de 2011	29	
<hr/>		
Nº total de alunos da 1ª,2ª e 3ª classe em Maio de 2011	43	x 100=68,2%

Taxa de cobertura vacinal da escola inglesa do Barlavento em Maio de 2011

Nº de alunos pertencentes à 1ª,2ª,3ª classe do ano letivo anterior com PNV actualizado em Novembro de 2011	32	
<hr/>		
Nº total de alunos pertencentes à 1ª,2ª e 3ª classe do ano letivo anterior em Novembro de 2011	43	x 100=74,4%

Constata-se que dentro da população em estudo houve um aumento da taxa de cobertura vacinal após a intervenção em **6,2%**.

Ocorreram também outras alterações na Escola Inglesa do Barlavento, após a intervenção, que passo a descrever:

2ª CLASSE: Houve 2 atualizações do estado vacinal e 1 criança que iniciou a atualização do estado vacinal.

3ª CLASSE: Houve 1 atualização do estado vacinal, houve 1 encarregado de educação que veio inscrever o seu educando no sistema nacional de saúde, que até à data não estava e houve outro encarregado que veio fazer preencher a declaração de recusa de vacinas.

6. BIBLIOGRAFIA

Unidade de cuidados na comunidade infante. LAGOS. Plano de Ação 2010-2012;

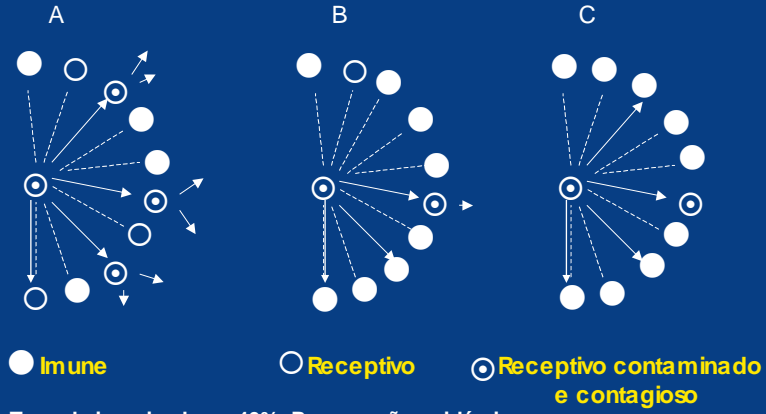
Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde- Manual para uso de serviços centrais e regionais. lisboa: obras avulsas;

Programa Nacional de Vacinação. *orientações técnicas* . lisboa: revista; Direção. Geral de Saúde. (2006).

Anexo IX - Cobertura Vacinal, Imunidade de Grupo e Propagação da Infecção

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

**COBERTURA VACINAL, IMUNIDADE DE GRUPO
E PROPAGAÇÃO DA INFECÇÃO**



A: Taxa de imunizados = 40%. Propagação epidémica

B: Taxa de imunizados = 80%. Persistência de endemia fraca

C: Taxa de imunizados = 90%. Erradicação possível

Anexo X – Pedido de autorização à escola Inglesa do Barlavento para intervir perante os resultados dos questionários



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exma. Sra./o
Directora/o da Escola Inglesa do
Barlavento
Espiche
8600-110 Luz Lagos

Eu, Paula Alexandra Marques Martins, Enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio a desenvolver o Curso de Mestrado profissional na área de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica de Lisboa, encontra-se a estagiar no Centro de Saúde de Lagos, vem por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para a realização de sessão de educação para a saúde a toda a comunidade escolar, aos encarregados de educação dos alunos que frequentam a Instituição, professores e outros funcionários, sobre a vacinação em Portugal e os serviços que o centro de saúde tem para oferecer.

Esta sessão de educação para a saúde surge em continuidade dos resultados obtidos nos questionários aplicados em Junho de 2011, aos encarregados de educação. Após a análise dos questionários constatou-se que 61,7% refere não ter recebido qualquer tipo de informação local sobre as vacinas recomendadas para os seus educandos; 85,1% consideram que essa informação é importante. Desta forma, será pertinente uma sessão de esclarecimento a toda a comunidade escolar. Não só aos encarregados de educação, bem como professores e auxiliares, uma vez que são estes que têm um contacto mais directo com os encarregados de educação.

Despeço-me com os melhores cumprimentos. Aguardo resposta brevemente.

Obrigada pela colaboração

Paula Martins

Anexo XI – Pedido de autorização à escola Direção Regional do Algarve para intervir na escola do Sargaçal perante os resultados dos questionários



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Exma. Sra. Professora Paula Couto,
Presidente da Comissão
Administrativa Provisória do
Agrupamento de Escolas Gil Eanes

Eu, Paula Alexandra Marques Martins, Enfermeira no serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio a desenvolver o Curso de Mestrado profissional na área de Enfermagem Comunitária da Universidade Católica de Lisboa, encontra-se a estagiar no Centro de Saúde de Lagos, vem por este meio solicitar a vossa excelência, autorização para a realização de sessão de educação para a saúde a toda a comunidade escolar, aos encarregados de educação dos alunos que frequentam a Instituição, professores e outros funcionários, sobre a vacinação em Portugal e os serviços que o centro de saúde tem para oferecer.

Esta sessão de educação para a saúde surge em continuidade dos resultados obtidos nos questionários aplicados em Junho de 2011, aos encarregados de educação de 2 escolas do 1º Ciclo do Concelho de Lagos, nomeadamente à Escola do Sargaçal. Após a análise dos questionários constatou-se que 61,7% refere não ter recebido qualquer tipo de informação local sobre as vacinas recomendadas para os seus educandos; 85,1% considera que essa informação é importante. Desta forma, será pertinente uma sessão de esclarecimento a toda a comunidade escolar. Não só aos encarregados de educação, bem como professores e auxiliares, uma vez que são estes que têm um contacto mais directo com os encarregados de educação.

Despeço me com os melhores cumprimentos. Aguardo resposta brevemente.
Obrigada pela colaboração

Paula Martins

Anexo XII – Elaboração do Cartaz a divulgar a sessão educativa na Escola do Sargaçal



Cópia de Cópia de CARTAZ A4.pub

Anexo XIII – Elaboração de convite formal aos Encarregados de Educação da escola do sargaçal



convite.pub

Anexo – XIV- Panfleto Informativo

HORÁRIO DA VACINAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE LAGOS

De 2°F a 6°F
Das 9h às 16h

CONTACTOS

Telefone: 282780000

Fax: 282780005

Email:

Vacinacao-lgs@acesbarlavento.min-saude.pt

Enfermeiros da Vacinação

Anália Fernandes

Carla Grelado

Luisa Pavão

Enfermeira da Saúde Escolar

Clara Gageiro

CONSULTE OS SITES:

www.dgs.pt

www.vacinas.com.pt

vaccine.chop.edu

www.cdc.gov

(3) Utilize apenas as organizações autorizadas, atente para validade, não validade, segundo o regulamento da legislação

Vaccines	Idade											
	0-11m	12-23m	24-35m	36-47m	48-59m	60-69m	70-79m	80-89m	90-99m	100+	11+	12+
Tuberculose (BCG)												
Difteria/Tétano/Poliomielite (DTP)												
Varicela (VACV)												
Polio (IPV)												
MM (MM2)												
MM (MM1)												
MM (MM3)												
MM (MM4)												
MM (MM5)												
MM (MM6)												
MM (MM7)												
MM (MM8)												
MM (MM9)												
MM (MM10)												
MM (MM11)												
MM (MM12)												
MM (MM13)												
MM (MM14)												
MM (MM15)												
MM (MM16)												
MM (MM17)												
MM (MM18)												
MM (MM19)												
MM (MM20)												
MM (MM21)												
MM (MM22)												
MM (MM23)												
MM (MM24)												
MM (MM25)												
MM (MM26)												
MM (MM27)												
MM (MM28)												
MM (MM29)												
MM (MM30)												
MM (MM31)												
MM (MM32)												
MM (MM33)												
MM (MM34)												
MM (MM35)												
MM (MM36)												
MM (MM37)												
MM (MM38)												
MM (MM39)												
MM (MM40)												
MM (MM41)												
MM (MM42)												
MM (MM43)												
MM (MM44)												
MM (MM45)												
MM (MM46)												
MM (MM47)												
MM (MM48)												
MM (MM49)												
MM (MM50)												
MM (MM51)												
MM (MM52)												
MM (MM53)												
MM (MM54)												
MM (MM55)												
MM (MM56)												
MM (MM57)												
MM (MM58)												
MM (MM59)												
MM (MM60)												
MM (MM61)												
MM (MM62)												
MM (MM63)												
MM (MM64)												
MM (MM65)												
MM (MM66)												
MM (MM67)												
MM (MM68)												
MM (MM69)												
MM (MM70)												
MM (MM71)												
MM (MM72)												
MM (MM73)												
MM (MM74)												
MM (MM75)												
MM (MM76)												
MM (MM77)												
MM (MM78)												
MM (MM79)												
MM (MM80)												
MM (MM81)												
MM (MM82)												
MM (MM83)												
MM (MM84)												
MM (MM85)												
MM (MM86)												
MM (MM87)												
MM (MM88)												
MM (MM89)												
MM (MM90)												
MM (MM91)												
MM (MM92)												
MM (MM93)												
MM (MM94)												
MM (MM95)												
MM (MM96)												
MM (MM97)												
MM (MM98)												
MM (MM99)												
MM (MM100)												

Elaborado Por:
Enfermeira Paula Martins



AS VACINAS...

- Permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doenças e suas complicações do que qualquer tratamento médico.

O PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO...

- É um programa Universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal;
- Tem sido actualizado ao longo dos anos, com a inclusão de mais vacinas, adaptando-se à evolução da ocorrência de diversas doenças na população portuguesa e reconhecendo o inestimável benefício das vacinas;
- As vacinas que integram foram aprovadas tendo em conta a sua qualidade, eficácia e segurança.

AS VACINAS PEDIÁTRICAS...

- O sistema imunitário do recém-nascido é ainda imaturo e inexperiente;
- Nos primeiros 3 meses de vida, os anticorpos da mãe, passados para o filho através da placenta, fornecem alguma protecção embora não contra

todas as doenças. Dos 3 meses até cerca dos dois anos de vida, altura em que o seu sistema imunitário já é suficientemente maduro, a criança continua a estar particularmente susceptível às infecções.;

- Por isso é fundamental vacinar as crianças precocemente, para evitar doenças graves como a tosse convulsa ou certas meningites, mais frequentes nos primeiros meses de vida, que podem causar lesões permanentes ou até fatais.

O PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO (PNV) –

- Permite que, aos 6 meses de idade, a criança já tenha a protecção básica para oito doenças (formas graves de tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, hepatite B, poliomielite, meningites e septicemias por meningococos C e por haemophilus);

Há ainda, fora do PNV, vacinas contra rotavírus (agente da diarreia) e contra pneumococos (agente de meningites, septicemias e pneumonias), que também são administradas antes dos 6 meses.

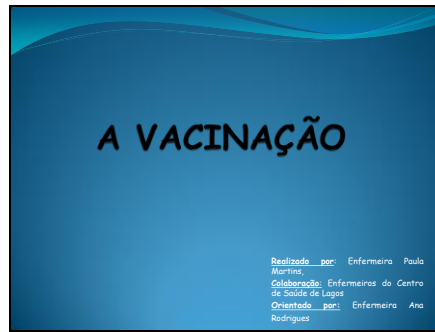
Algumas destas doenças estão eliminadas em Portugal, devido à vacinação da população. Contudo, actualmente estamos à distância de poucas horas de avião de países onde essas doenças ainda existem, e se não mantivermos uma taxa de vacinação elevada corremos o risco destas reaparecerem.

Bibliografia Consultada:

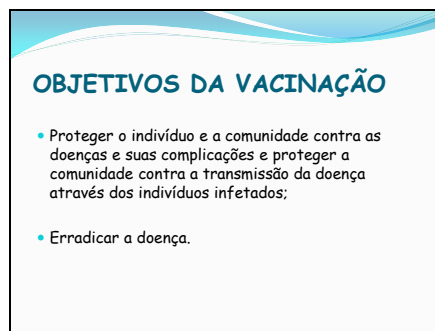
- www.vacinas.com
- Programa Nacional de vacinação 2006. Orientações técnicas. Direcção Geral de Saúde.

Anexo XV – sessão educativa: “ Vacinar é proteger” nas Escolas

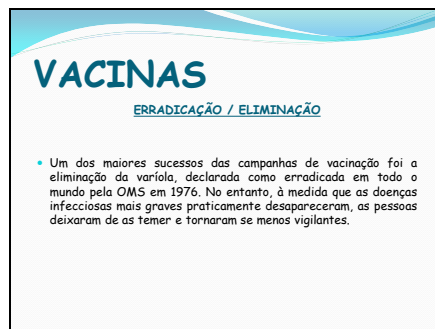
Diapositivo 1



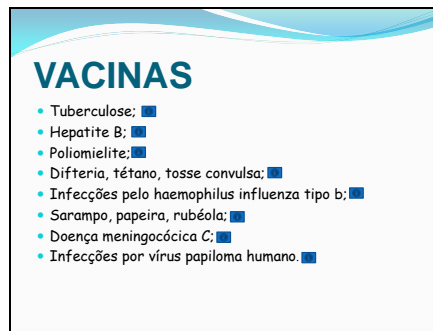
Diapositivo 2



Diapositivo 3



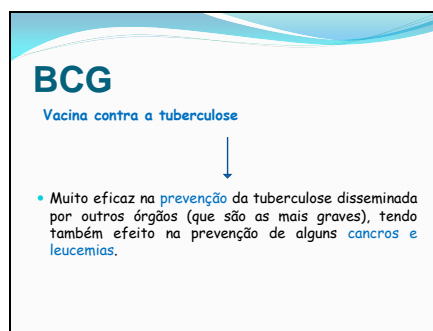
Diapositivo 4



VACINAS

- Tuberculose; ■
- Hepatite B; ■
- Poliomielite; ■
- Difteria, tétano, tosse convulsa; ■
- Infecções pelo haemophilus influenza tipo b; ■
- Sarampo, papeira, rubéola; ■
- Doença meningocócica C; ■
- Infecções por vírus papiloma humano. ■

Diapositivo 5



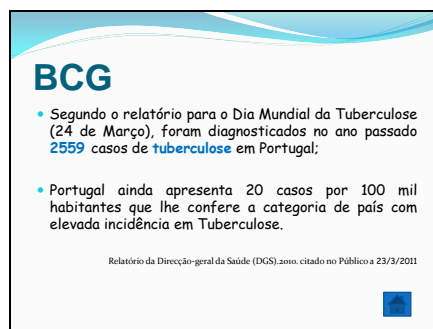
BCG

Vacina contra a tuberculose

↓

- Muito eficaz na **prevenção** da tuberculose disseminada por outros órgãos (que são as mais graves), tendo também efeito na prevenção de alguns **cancros e leucemias**.


Diapositivo 6



BCG

- Segundo o relatório para o Dia Mundial da Tuberculose (24 de Março), foram diagnosticados no ano passado **2559** casos de **tuberculose** em Portugal;
- Portugal ainda apresenta 20 casos por 100 mil habitantes que lhe confere a categoria de país com elevada incidência em Tuberculose.


Relatório da Direcção-geral da Saúde (DGS).2010. citado no Público a 23/3/2011



Diapositivo 7

VHB


- Muito eficaz na prevenção da **Hepatite B**, que tem vindo a aumentar em todo o mundo, sobretudo após a adolescência;
- Requer doses múltiplas. A 1ª dose não produz imunidade protectora, mas prepara o sistema imunitário para que a protecção se desenvolva após a 2ª e a 3ª dose.



Diapositivo 8

VIP

- Poliomielite, ou "paralisia infantil" ;
- Muito eficaz e pode contribuir para erradicação/desaparecimento da doença;
- Embora já se possa dizer, segundo a DGS, que em Portugal a doença está eliminada. A nível Mundial o vírus ainda persiste em alguns países, como Ásia, África e Brasil. Podem existir casos importados.



Diapositivo 9

DTP

- **DIFTERIA**- Frequentemente afecta as crianças. Garganta, nariz, coração e sistema nervoso. O contágio é feito através de gotículas de saliva;
- **TÉTANO**- Frequentemente mortal, atinge qualquer pessoa em qualquer idade. Como os recém - nascidos também podem ser infectados, todas as mulheres grávidas devem estar correctamente vacinadas .
A doença é adquirida por inoculação dos esporos nos tecidos, através de lesões (picadas, queimaduras, feridas). **Afecta o sistema Nervoso Central.**
- **TOSSE CONVULSA (COQUELUCHE OU PERTUSSIS)**- Doença essencialmente infantil que se manifesta através de acessos de tosse constantes e muito intensos; **é responsável pelo internamento de muitos recém -nascidos**; Pode ser fatal.



Diapositivo 10

Hib

- Vacina contra as doenças provocadas pelo *Haemophilus influenzae* serotipo b. Permite evitar algumas meningites, pneumonias, otites e doenças graves da garganta, especialmente nas crianças.

Diapositivo 11

VASPR

- Vacina contra o sarampo, papeira e rubéola. No PNV administra-se a vacina trivalente (conjunta com as 3 doenças, numa só injeção). É uma vacina muito eficaz e importante para o controlo e erradicação das doenças alvo, permitindo também reduzir a gravidade dos seus sintomas e complicações.
- Sarampo - Pneumonias graves, mortais nas crianças mais pequenas, bem como doenças neurológicas graves e mortais em adolescentes e adultos;
- Papeira ou Parotidite epidémica - Meningites. Esterilidades feminina ou masculina;
- Rubéola - Pode causar defeitos congénitos graves nos recém-nascidos de mães não vacinadas (infectadas durante a gravidez).

Diapositivo 12

Men C

- Meningite e sepsis, em qualquer idade, sendo mais frequente em crianças. A transmissão é efectuada por via respiratória, exigindo contacto directo e próximo. Está presente na nasofaringe de cerca de 10% da população sem causar sintomas, constituindo a fonte mais comum de transmissão.
- A doença meningocócica pode ser tratada de forma eficaz, mas, mesmo com tratamento adequado, pode provocar a morte em cerca de 10% dos casos. Os sobreviventes podem sofrer sequelas graves como amputações de membros, surdez, atraso mental ou convulsões.

Diapositivo 13

HPV

- Este vírus transmite-se com muita facilidade, por **simples contacto sexual**. É uma infecção muito frequente - 70% dos indivíduos com menos de 50 anos têm ou tiveram a infecção. **Qualquer indivíduo é susceptível de ser infectado após o início da actividade sexual**. Não são necessários comportamentos de risco;
- Responsável por **lesões pré-cancerosas e cancerosas no colo do útero, vagina, vulva, ânus e orofaringe**;

Prémio Nobel da Medicina 2008: Harald Zur Hausen

Diapositivo 14

HPV

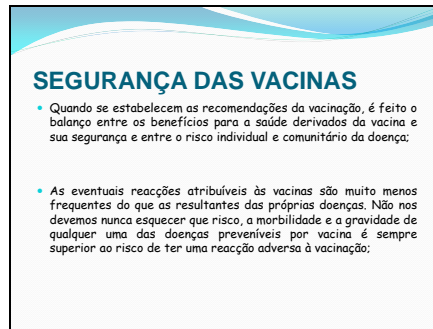
- As lesões provocadas pelo HPV têm uma incidência muito elevada em todo o mundo;
- O cancro do colo do útero permanece como uma das neoplasias mais prevalentes no mundo. Em Portugal, estima-se em 1000 o número de novos casos todos os anos, apresentando a incidência mais elevada da Europa Ocidental;
- A vacina tem um bom perfil de segurança/tolerância;
- Não estão documentados efeitos adversos graves atribuíveis às vacinas.

Diapositivo 15

NOÇÕES SOBRE AS VACINAS

- Desde 2001, que o **timerosal** não é usado como conservante no Plano Nacional de Vacinação;
- Os adjuvantes (**sal de alumínio**) são utilizados para aumentar a resposta imunitária do organismo. A quantidade presente nas vacinas é mínima, não sendo prejudicial.
- O **alumínio** é o metal mais comum encontrado na natureza (na água, alimentos, leite materno...);
- A maior parte de alumínio que entra no nosso organismo é eliminada rapidamente;

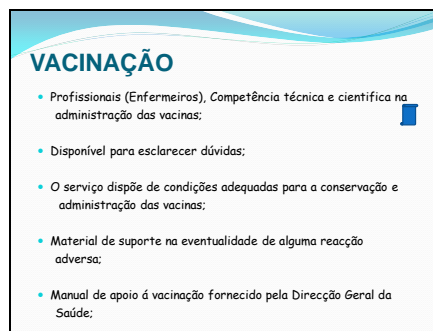
Diapositivo 16



SEGURANÇA DAS VACINAS

- Quando se estabelecem as recomendações da vacinação, é feito o balanço entre os benefícios para a saúde derivados da vacina e sua segurança e entre o risco individual e comunitário da doença;
- As eventuais reacções atribuíveis às vacinas são muito menos frequentes do que as resultantes das próprias doenças. Não nos devemos nunca esquecer que risco, a morbilidade e a gravidade de qualquer uma das doenças preveníveis por vacina é sempre superior ao risco de ter uma reacção adversa à vacinação;

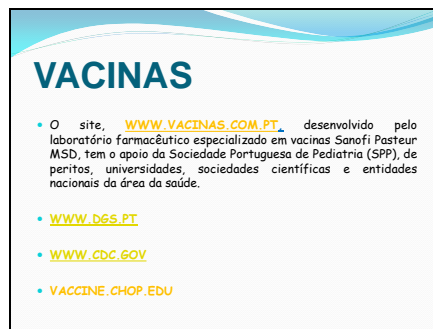
Diapositivo 17



VACINAÇÃO

- Profissionais (Enfermeiros), Competência técnica e científica na administração das vacinas;
- Disponível para esclarecer dúvidas;
- O serviço dispõe de condições adequadas para a conservação e administração das vacinas;
- Material de suporte na eventualidade de alguma reacção adversa;
- Manual de apoio à vacinação fornecido pela Direcção Geral da Saúde;

Diapositivo 18



VACINAS

- O site, WWW.VACINAS.COM.PT, desenvolvido pelo laboratório farmacêutico especializado em vacinas Sanofi Pasteur MSD, tem o apoio da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), de peritos, universidades, sociedades científicas e entidades nacionais da área da saúde.
- WWW.DGS.PT
- WWW.CDC.GOV
- VACCINE.CHOP.EDU

Diapositivo 19



BIBLIOGRAFIA

- WWW.VACINAS.COM.PT
- DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE- PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO 2006, Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005, revista.
- WWW.CDC.GOV
- VACCINE.CHOP.EDU

**Anexo XVI – Apresentação do diagnóstico de saúde/intervenção e resultados do projeto:” Falar sobre
Vacinação na Comunidade” aos profissionais de saúde**

Diapositivo 1

SAÚDE COMUNITÁRIA

Vacinação: Projeto de Intervenção Escolar

ELABORADO POR: PAULA MARTINS
COORDENADO POR: ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE COMUNITÁRIA ANA RODRIGUES

2011

The slide features a dark brown background with a logo in the top left corner. The title 'SAÚDE COMUNITÁRIA' is in white, and the subtitle 'Vacinação: Projeto de Intervenção Escolar' is in a light blue font. A small illustration of children holding hands around a globe is in the bottom right. The footer contains the authors' names and the year 2011.

Diapositivo 2

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Cobertura vacinal do 1º ciclo

Maio de 2011:

ESCOLA INGLESA DO BARLAVENTO - 68,2%	ESCOLA DO SARGAÇAL - 83,9%
--------------------------------------	----------------------------

Aplicação de questionário aos encarregados de educação dos educandos da Escola Inglesa do Barlavento (43 ALUNOS) e Escola do Sargaçal (31 ALUNOS)

The slide has a light blue header with the title 'DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO'. Below it, a globe is shown with two callout boxes containing vaccination coverage data for two schools in May 2011. A bulleted point describes the survey application to parents of students at both schools.

Diapositivo 3

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O questionário foi submetido a pré-teste e foi aprovado e registado pela DGIDC (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular).

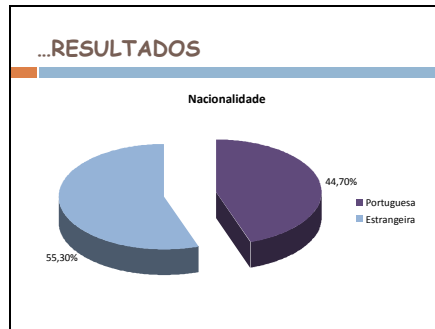
RECOLHA DE DADOS: Inicia: 7 de Junho de 2011; Termina: 20 de Junho de 2011.

Obteve-se uma amostra de 43 questionários preenchidos na totalidade das 2 escolas: 28 da Escola Inglesa e 15 da Escola do Sargaçal.

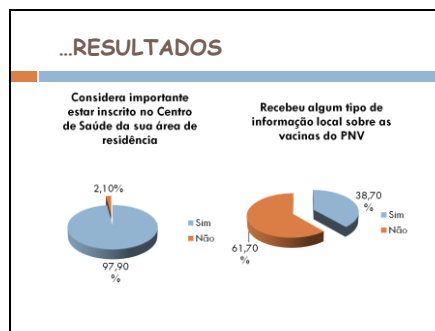
TRATAMENTO DE DADOS: Setembro de 2011, com recurso ao programa SPSS viewer versão 15.0.

The slide features a light blue header with the title 'DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO'. The main content consists of four bulleted points detailing the survey process: pre-testing and approval, data collection dates, sample size and school distribution, and data treatment in September 2011 using SPSS.

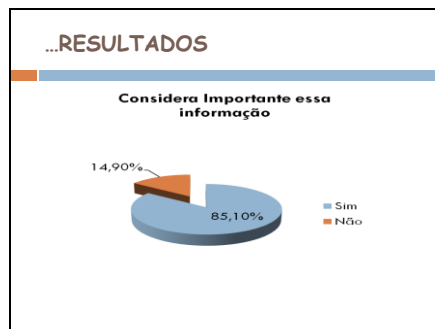
Diapositivo 4



Diapositivo 5



Diapositivo 6



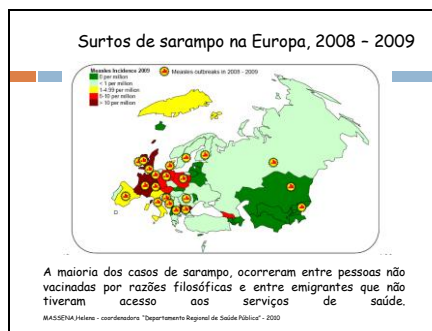
Diapositivo 7

...ANÁLISE DE CONTEÚDO

✓ Os Encarregados de Educação referem:
(87% da amostra foi sujeita a análise de conteúdo)

- Receio dos efeitos secundários e eficácia das vacinas (todas);
- Receio de inocular Mercúrio e Sulfato de Alumínio no organismo dos seus filhos;
- Porquê a vacina BCG em Portugal?
- Porquê vacinar os rapazes com a VASPR?
- Porquê a vacina VIP?
- ...Ser perigoso administrar vacinas antes dos 6 meses...

Diapositivo 8



Diapositivo 9

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

...A Direcção Geral da Saúde 2010 refere que:

- A intervenção é importante como forma de prevenir a disseminação a partir de casos importados, de doenças infecciosas que se encontram eliminadas em Portugal (poliomielite) ou em fase de eliminação (sarampo).
- Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de emigrantes.

Diapositivo 10

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

..Escola Inglesa do Barlavento (18 de Outubro):

- ✓ Panfleto informativo
- ✓ Sessão de educação

..Escola do Sargaçal (15 de Novembro):

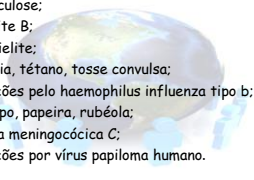
- ✓ Panfleto informativo
- ✓ Sessão de educação



Diapositivo 11

VACINAS

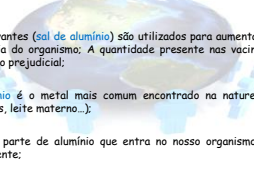
- ✓ Tuberculose;
- ✓ Hepatite B;
- ✓ Poliomielite;
- ✓ Difteria, tétano, tosse convulsa;
- ✓ Infecções pelo haemophilus influenza tipo b;
- ✓ Sarampo, papeira, rubéola;
- ✓ Doença meningocócica C;
- ✓ Infecções por vírus papiloma humano.



Diapositivo 12

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

- ✓ Desde 2001, que o **timerosal** não é usado como conservante nas vacinas do PNV;
- ✓ Os adjuvantes (**sal de alumínio**) são utilizados para aumentar a resposta imunitária do organismo. A quantidade presente nas vacinas é mínima, não sendo prejudicial;
- ✓ O **alumínio** é o metal mais comum encontrado na natureza (na água, alimentos, leite materno...);
- ✓ A maior parte de alumínio que entra no nosso organismo é eliminada rapidamente;



Diapositivo 13

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

- ✓ Quando se estabelecem as recomendações da vacinação, é feito o balanço entre os benefícios para a saúde derivados da vacina e sua segurança e entre o risco individual e comunitário da doença.
- ✓ As eventuais reacções atribuíveis às vacinas são muito menos frequentes do que as resultantes das próprias doenças. Não nos devemos nunca esquecer que risco, a morbilidade e a gravidade de qualquer uma das doenças preveníveis por vacina é sempre superior ao risco de ter uma reacção adversa à vacinação.

Diapositivo 14

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

- ✓ O site, www.vacinas.com.pt, desenvolvido pelo laboratório farmacêutico especializado em vacinas Sanofi Pasteur MSD, tem o apoio da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), de peritos, universidades, sociedades científicas e entidades nacionais da área da saúde.
- ✓ www.dgs.pt
- ✓ Vaccine.chop.edu
- ✓ www.cdc.gov



Diapositivo 15

INDICADORES DE IMPACTO


✓ TAXA DE COBERTURA VACINAL DA ESCOLA INGLESA DO BARLAVENTO

Nº de alunos da 1ª, 2ª, 3ª classe com PNV Actualizado em Maio de 2011	29	
		X 100 = 68,2%
<hr/>		
Nº total de alunos da 1ª, 2ª, 3ª classe em Maio de 2011	43	
<hr/>		
Nº de alunos da 1ª, 2ª, 3ª classe (do ano letivo anterior) com PNV actualizado em Novembro de 2011	32	
		X 100 = 74,4%
<hr/>		
Nº total de alunos da 1ª, 2ª, 3ª classe em Novembro de 2011	43	

Diapositivo 16

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Programa Nacional de Vacinação - *Orientações Técnicas* - Direcção Geral de Saúde, 2006;
- ✓ Vaccine.chop.edu;
- ✓ IMPERATORI, Emilio - *Planeamento em Saúde*. Lisboa, 1992



Anexo XVII – Poster do Projeto de Intervenção e respetivo resumo

JORNADAS DE SAÚDE NA E DA COMUNIDADE: Da avaliação à intervenção

VACINAÇÃO: INTERVENÇÃO ESCOLAR

Martins, Paula; ² Rodrigues, Ana; Figueiredo, Amélia Simões

¹Universidade Católica Portuguesa

²Unidade de Cuidados na Comunidade Infante

Autor correspondente: email: paulaalfarrobal@hotmail.com

Introdução

A Direção Geral de Saúde preconiza a identificação de assimetrias geográficas, resultantes de grupos populacionais que determinam níveis baixos de proteção/cobertura vacinal. A ação das estruturas locais de saúde com intervenção junto das comunidades é fundamental para a correção dessas assimetrias. Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de emigrantes. Em Maio de 2011 foram identificadas 2 escolas no Algarve, com baixa cobertura vacinal.

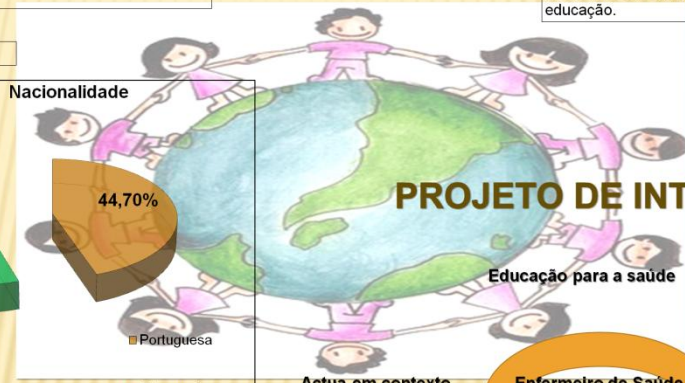
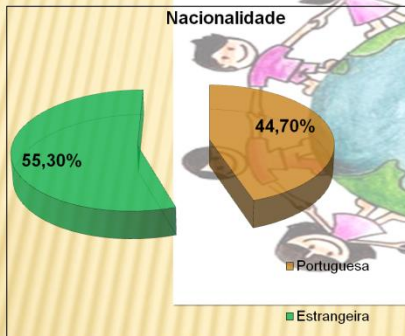
Objectivo

Identificar quais os problemas relacionados com a baixa cobertura vacinal das 2 escolas do 1º ciclo do Algarve.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo simples de abordagem quantitativa. A amostra de 47, que constitui 63,5%7 da população de encarregados de educação das 2 escolas, foi sujeita a aplicação de um questionário, em Junho de 2011. O questionário foi preenchido mediante consentimento dos encarregados de educação.

Resultados



Actua em contexto multicultural



Assegura o acesso a cuidados de saúde eficazes

Principais factores, enunciados pelos os Encarregados de educação, como motivos para não vacinar os seus Educandos:

- ✓ Receio dos efeitos secundários e eficácia das vacinas;
- ✓ Receio dos conservantes e adjuvantes das vacinas;
- ✓ Porquê a vacina BCG em Portugal?
- ✓ Porquê vacinar os rapazes com a VASPR?
- ✓ Porquê a vacina VIP em Portugal?
- ✓ Ser perigoso administrar vacinas antes dos 6 meses.

Ligação com os serviços de Saúde



Uma semana após a intervenção, aumento da cobertura vacinal de uma das escolas estudadas em 6,2% .

Bibliografia

Direção Geral da Saúde. (2006). *Orientações Técnicas*. Lisboa: revista.
 Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde- Manual para uso de serviços centrais e regionais*. Lisboa: obras avulsas.
 KÉROUAC, S. e. (1994). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Études Vivantes.
 MELEIS, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
 nº128/2011, R. (2011). Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialisata em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República II série*.
 Organização Mundial de Saúde, W. (2007). *WHO - World Health Organization*. Obtido de WHO: <http://www.who.int/en/>
 Saúde, D. G. (08 de Junho de 2004). *Portal da Saúde*. Obtido em 2011, de Web site do Ministério da Saúde : <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-9AA9-F7EA0B3760AA/0/i006346.p>

Título	
Autores	
Apresentador	
Email	
Telefone	

INTRODUÇÃO

A Direção Geral de Saúde (2006) preconiza a identificação de assimetrias geográficas, resultantes de grupos populacionais que determinam níveis baixos de cobertura vacinal. Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de emigrantes.

OBJETIVOS

Identificar quais os problemas relacionados com a baixa cobertura vacinal de 2 escolas do 1º ciclo do Algarve.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo simples de abordagem quantitativa

Instrumento de colheita de dados: Questionário

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A Direção Geral de Saúde (2006) refere que a baixa cobertura vacinal nos grupos de emigrantes deve-se muitas vezes a questões filosóficas (mitos, crenças) e a condições sócio-económicas, que condicionam deficiente acesso aos cuidados de saúde. No nosso estudo a baixa cobertura vacinal deve-se essencialmente por questões filosóficas.

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Neste contexto o Enfermeiro de Saúde Comunitária fez uma abordagem multicultural e interveio nas causas reais dos problemas, através de educação para a saúde e da criação de elo de ligação com os serviços de saúde assegurando o acesso aos mesmos de forma eficaz, continuada e ajustada.

IMPACTO

Uma semana após a intervenção, aumento da cobertura vacinal de uma das escolas estudadas em 6,2% .

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Direção Geral da Saúde. (2006). *Orientações Técnicas* . Lisboa: revista.
- ✓ Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde- Manual para uso de serviços centrais e regionais*. Lisboa: obras avulsas.
- ✓ KÉROUAC, S. e. (1994). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Études Vivantes.
- ✓ MELEIS, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

- ✓ nº128/2011, R. (2011). Regulamento das Competencias especificas do Enfermeiro Especialisata em Emfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República II série* .
- ✓ Organização Mundial de Saúde, W. (2007). *WHO - World Healt Organization*. Obtido de WHO: <http://www.who.int/en/>
- ✓ Saúde, D. G. (08 de Junho de 2004). *Portal da Saúde*. Obtido em 2011, de Web site do Ministério da Saúde
<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Anexo XVIII: Projeto: “Envelhecimento em segurança” – Intervenção Comunitária no Bairro de Santiago



UNIVERSIDADE CATOLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

ENVELHECIMENTO EM SEGURANÇA

INTERVENÇÃO NO BAIRRO DE SANTIAGO

Paula Alexandra Marques Martins

Aluna nº192010081

ÉVORA, DEZEMBRO DE 2011

ABREVIATURAS

DGS- Direção Geral de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

SINUS- Sistema de Informação nacional de Unidades de saúde

PSP- Policia de Segurança Pública

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

MdM – Médicos do Mundo

CME – Câmara Municipal de Estremoz

Nº - Número

INDICE

1.INTRODUÇÃO	139
2.PROJETO: ENVELHECIMENTO EM SEGURANÇA.....	142
2.1.Cronograma de atividades	144
2.2.Estratégias e recursos	145
2.3.Avaliação do projeto	146
3.BIBLIOGRAFIA.....	148

1. INTRODUÇÃO

Se envelhecer é tornar – se maduro, conservar a maturidade adquirida no decorrer dos anos, nem sempre é tarefa fácil. O principal inimigo do ser humano que envelhece é o próprio, e a única vitória importante é a vitória sobre si próprio.

Nos idosos, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento raramente são causados pela diminuição das funções cognitivas. São as perdas de papel, as crises, as múltiplas situações de stress, a doença, a fadiga, o desenraizamento e outros traumatismos que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão das pessoas idosas, estando estes aspetos não apenas ligados ao envelhecimento, influenciam a capacidade de adaptação. (Simões, 2010)

Na sua luta para manter a identidade, o idoso manifesta muitas vezes o stress através de reações emocionais importantes.

Os idosos conseguem atravessar este período difícil, conservam a integridade e os valores pessoais e são capazes de aceitar bem a velhice, permanecendo ativos.

Envelhecer é também aceitar o inaceitável, ou seja, a perda gradual das suas funções orgânicas, os handicaps, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte. A adaptação é o contrário de resignação.

Adaptar – se é continuar a viver, recorrendo a estratégias para conservar a auto – estima.

Para envelhecer bem, existem algumas forças positivas que são essenciais tais como, a motivação e a força interior, a coragem e a confiança em si, a capacidade relacional, capacidade de aprender e de se maravilhar. Certas capacidades melhoram com a idade, sobretudo nas pessoas que foram bem-sucedidas nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. Os idosos têm tendência a viver mais no presente, a ter uma percepção mais realista da realidade, a ser mais tolerantes, aceitar – se melhor, mostrar mais coragem na aceitação de situações que não são susceptíveis de mudança. (Simões, 2010)

Os medos do envelhecimento têm muitas vezes origem nos aspetos cognitivos do fenómeno (memória, julgamento, pensamento), considerado muitas vezes como um período de declínio fatal.

A maioria das pessoas associa senilidade e declínio intelectual e julgam que se trata de um fenómeno que acompanha o envelhecimento.

Embora a maioria dos idosos seja mentalmente saudáveis, estão mais predispostos aos problemas emotivos e doenças mentais. Alguns dos problemas de saúde que os idosos manifestam ou são vítimas, são as doenças cerebrais orgânicas relacionadas com o disfuncionamento ou a degenerescência.

Os principais problemas de origem funcional que vitimam os idosos, são a depressão (20% da população mundial com mais de 80 anos); a ansiedade, a solidão e o isolamento; (DGS 2010)

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui assim, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países. (DGS 2010)

Coloca-se, pois, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, de que a prática de atividade física moderada e regular, uma alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool, a promoção dos fatores de segurança e a manutenção da participação social são aspetos indissociáveis.

Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos. Do ponto de vista da coletividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais. Tal facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população. (Meireles 2008). O conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias e as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes fatores, bem como os que resultam da sua interação, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações. As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, fruto das suas características insidiosas, incapacitantes e tendentes para a cronicidade, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com enormes custos individuais, familiares e sociais. Sabe-se, no entanto, que grande parte das complicações destas doenças, pode não apenas ser retardada no seu aparecimento, como minorada.

No contexto da patologia crónica que, em geral, mais afeta as pessoas idosas, não são, habitualmente, valorizadas as deficiências visuais e auditivas, assim como os problemas de saúde oral, os quais têm importante repercussão negativa, nomeadamente no isolamento e estado de nutrição destas pessoas bem como em todo o seu equilíbrio bio-psico-social. A patologia crónica múltipla, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, são alguns dos fatores que, ocorrendo frequentemente na população idosa, condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e a sua qualidade de vida, obrigando a uma avaliação e atuação multidisciplinares, aos níveis local, regional e nacional, integrada e de trabalho em equipa. A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é fundamental à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução e para a prevenção do aparecimento das suas complicações. De facto, muitas doenças e acidentes

não são fatais, mas podem causar deficiência e incapacidade, com consequências psicológicas não tanto ligadas à idade, mas à fragilidade, insegurança e, portanto, perda de autonomia e independência que acarretam. (DGS 2010)

A Direção Geral de Saúde (2010) recomenda, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.

As alterações sensório – motoras, inerentes ao próprio envelhecimento, contribuem para um maior número de quedas e conseqüente risco de fratura. (Christofoletti g. 2006)

2. PROJETO: ENVELHECIMENTO EM SEGURANÇA

No que se refere à percepção do estado de saúde da população idosa portuguesa, 49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má. Num estudo mais recente, das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de atividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico. De notar, ainda, que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referiram viver em situação de isolamento. (DGS 2010)

O concelho de Estremoz apresenta elevada taxa de população envelhecida, com maior ênfase nas faixas etárias entre 70-79 anos (INE; 2008). A faixa etária dos 65 e mais anos é a que apresenta maior número de famílias unipessoais, sendo na sua maioria constituída por indivíduos do sexo feminino.

Das várias freguesias do concelho de Estremoz, a freguesia de Santo André e de Santa Maria são as que apresentam maior percentagem de utentes com idade igual ou superior a 75 anos (SINUS, 2007)

A **Freguesia de Santo André**, onde se insere o **Bairro de Santiago**, enquadra-se num contexto marcado por condições economicamente desfavoráveis, com diferenças étnicas e culturais.

O enfermeiro de saúde comunitária deve intervir de forma a assegurar o acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Deve também intervir de forma a motivar e capacitar a própria comunidade para a resolução dos seus problemas. O enfermeiro de saúde comunitária deve, neste contexto, ser facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar de toda a comunidade.

Sendo esta uma problemática evidente no, Bairro de Santiago, em que a percentagem de utentes com mais de 75 anos é elevada, na sua maioria vivem sozinhos e/ou têm poucos apoios familiares, torna-se pertinente intervir de forma eficaz, não só para diminuir o isolamento destes idosos, bem como aumentar a sua vigilância/segurança, no que respeita a questões práticas da vida destes utentes, tais como alimentação, bem - estar físico e psicológico.

A diminuição do isolamento e o aumento da segurança/vigilância já é realizada não só pela atuação das unidades e instituições locais, tais como, o serviço de ação social do centro paroquial (cuidados de higiene, alimentação), pela PSP. Contudo a nossa ação no terreno, não só pela observação de alguns episódios, bem como pela auscultação com os próprios moradores, permite nos constatar que o isolamento destes idosos se mantém e desta forma a sua segurança também é afetada negativamente. Semanalmente, tal como previsto a equipa dos MdM desloca se ao Bairro de Santiago e tem visitado os moradores que nos são indicados como carenciados (inicialmente, pelo Senhor Presidente da Junta de Freguesia, Professor Ernesto, posteriormente, pelos próprios vizinhos), aos quais prestamos cuidados primários de saúde, verificamos necessidades sociais, informamos sobre comportamentos para a saúde, etc.

Constatamos que as necessidades locais existem a todos os níveis. Pensamos contudo que uma intervenção assistencial será curta, pois a própria comunidade na sua globalidade sofre de uma desestruturação profunda. Um caminho poderia ser o de tentar revitalizar esta comunidade, reforçando os laços entre vizinhos e a

entreadjudada. Neste sentido, pretendemos organizar a 3 de Janeiro de 2012 de uma sessão-convívio para a qual convidamos todos os atores locais, moradores e funcionários de entidades com intervenção no Bairro de Santiago (PSP, CME, o Grupo Associativo das Vicentinas), durante a qual pretendemos ouvir retratos e expectativas que nos permitam avançar com futuras iniciativas que sejam do interesse local. Enquanto apoiantes de primeira linha estariam as próprias instituições e unidades locais com intervenção no Bairro de Santiago.

Enquanto ideias possíveis para implementar em Santiago, consideramos a constituição de um grupo de voluntários que possa visitar idosos que vivem sozinhos e que seriam referenciados por nós; também. Conscientes de que o voluntariado é uma atividade inerente ao exercício da cidadania e que se traduz numa relação solidária como o próximo e que corresponde a uma decisão livre e voluntária, apoiada em motivações e opções pessoais, é imprescindível a auscultação da comunidade. A proposta assenta, também, na união desse grupo de voluntários à associação de voluntariado das vicentinas, uma vez que este é um grupo local já com alguma experiência em visita domiciliária de cariz humanitário e possui todo o enquadramento legal necessário à formação de grupos de voluntários. Por nós foi também pensado realizar uma sessão de formação a esse novo grupo de voluntários, antes de iniciarem as suas atividades. A proposta por nós delineada seria a realização da sessão de formação, pela enfermeira/o dos MdM em parceria com os enfermeiros da UCC de Estremoz (da unidade de cuidados continuados integrados, uma vez que possuem formação na área).

Esta seria uma intervenção com vista à capacitação e “empoderamento” desta comunidade. Ao sensibilizarmos/motivarmos a população em geral para a problemática do envelhecimento e ao criarmos este grupo de voluntários, com os próprios moradores do Bairro, estaríamos concomitantemente a contribuir para o nosso objetivo geral, como também, para a dinamização da população mais jovem.

População alvo

População da Freguesia de Santo André - Bairro de Santiago

Objetivo geral

- Diminuir o isolamento da população sénior do Bairro de Santiago, durante o ano de 2012;
- Aumentar a vigilância/segurança da população sénior da Freguesia de Santo André, durante o ano de 2012.

Objetivos específicos


- Motivar, a população e os parceiros locais, para a participação na reunião de dia 3 de Janeiro de 2012;
- Sensibilizar e obter a colaboração dos Enfermeiros da UCC de Estremoz no projeto de intervenção no Bairro de Santiago, durante o ano de 2012
- Criar grupo de voluntariado local em cooperação com o grupo associativo das Vicentinas até Dezembro de 2012;
- Instruir o grupo de voluntariado sobre as actividades a serem exercidas durante as visitas domiciliárias, até Dezembro de 2012;
- Criar, dentro do grupo de voluntariado; um elo de ligação com a equipa da UCC de Estremoz, até Dezembro de 2012, na identificação e referência de agregados familiares de maior vulnerabilidade;


2.1.Cronograma de atividades


Actividades	Mês/2011-2012		
	12	1	2
Reuniões com os parceiros comunitários			
Preparar local da reunião			
Divulgação da reunião à população e aos intervenientes comunitários			


1ª Reunião com a população local e os vários parceiros			
Início da formação de equipa de voluntários			

INTERVENIENTES

 Médicos do Mundo; PSP;
Padre da Paróquia da Freguesia
de Santo André, Presidente da Junta de
Freguesia de Santo André

 Médicos do Mundo; população
local; PSP; Presidente da Junta
de Freguesia de Santo André;
Grupo das Vicentinas de
Estremoz

 Médicos do Mundo
e Junta de Freguesia
de Santo André

 População local; Grupo
das Vicentinas;

 Médicos do Mundo

2.2.Estratégias e recursos

As estratégias utilizadas para a consecução do projeto, assentam no desenvolvimento contínuo de um trabalho, em parceria com e para com a comunidade, para tal recorreremos sempre aos atores/recursos comunitários existentes, tais como a PSP local, Junta de freguesia, Câmara Municipal, UCC de Estremoz, etc, assumindo um papel essencialmente de mediadores, (Mdm) com a população local.

A divulgação da reunião será feita por convite aos vários parceiros comunitários, acima referidos e por cartaz à restante comunidade da freguesia de Santo André: Bairro de Santiago. Os cartazes serão afixados atempadamente nos locais cruciais da Bairro (com a colaboração dos habitantes locais), café e mercearia local, mais frequentados.

Para a realização deste projeto contamos com o apoio e colaboração do Presidente da Junta de Freguesia de Santo André, Câmara Municipal de Estremoz, e PSP de Estremoz. O Pároco local que nos facultou o espaço. Contamos, também, com a contribuição da Delta café

2.3.Avaliação do projeto

A avaliação temporal do projeto será efetuada ao longo do ano 2012. Não tendo sido possível estimar indicadores, deixam -se algumas sugestões de possíveis indicadores a serem avaliados ao longo do Projeto.

Indicadores de processo

Nº de participantes (moradores) na primeira reunião na Paróquia do Bairro de Santiago: **25 moradores do Bairro de Santiago**

Nº de voluntários para a equipa de visita social;

Indicadores de execução/impacto

Nº de agregados familiares visitados, pelo menos 1 x por semana, durante o ano de 2012

Nº de agregados familiares identificados como sendo de risco durante o ano de 2012

Nº de reuniões realizadas entre a equipa de voluntários e os parceiros locais durante o ano de 2012

3. BIBLIOGRAFIA

CHRISTOFOLETTI, G., Oliani, M. Gobbi, LTB, Stella, F. « Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal» in *Revista brasileira de fisioterapia*, São Carlos, volume. 10, n. 4, p. 429-433, Outubro/Dezembro, 2006;

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosa, consultado em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

IMPERATORI, E & Giraldes, M.d. Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso de serviços centrais e regionais. Lisboa: Obras avulsas. 1993

MEIRELES, A., «envelhecimento ativo da pessoa idosa, portal de saúde pública, 2008

SIMÕES, J.A. - Reflexão bioética sobre a situação do idoso e sua família, *Acta Med Port.*; 23(3):483-492, 2010;

Anexo XIX - Cartaz de divulgação da reunião na Paróquia do Bairro de Santiago (Médicos do Mundo)



**Ano Novo, Vida Nova:
como viver melhor
no Bairro de Santiago**

Local: Igreja de Santiago, Freguesia de Santo André
Hora: 14h30

Dia 3 DE JANEIRO 2012

**venha tomar um chá com Médicos do Mundo e
contribuir com a sua opinião**

CONTAMOS COM SUA PRESENÇA

Anexo XX - Foto da reunião na Paróquia no Bairro de Santiago- Médicos do Mundo

