



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Vulnerabilidade Social e Acesso aos Cuidados de Saúde: Projeto de Intervenção Comunitária no Bairro Vale da Amoreira

Andreia Filipa Aguiar Pereira

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Vulnerabilidade Social e Acesso aos Cuidados de Saúde: Projeto de Intervenção Comunitária no Bairro Vale da Amoreira

Andreia Filipa Aguiar Pereira

Orientador: Maria Manuel Quintela

Co-Orientador: Laura Teixeira

2012

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey brushstroke-like shapes that sweep upwards and to the right.

“os indivíduos adoecem porque são pobres, empobrecem mais porque estão doentes e o seu estado piora porque a sua miséria aumenta”

CHADWICK (1842)

RESUMO

Com as recentes e constantes alterações económicas, assistimos, hoje em dia, a um crescente aumento do número de famílias em risco de pobreza, e consequentemente, de vulnerabilidade social. Assiste-se a um quadro em que as condições de vida mais difíceis e a pobreza poderão estar associadas a uma diminuição da literacia em saúde, a um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos, e por conseguinte a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis.

O tema deste relatório está relacionado com a vulnerabilidade social e a sua relação com o acesso aos cuidados de saúde. A principal finalidade do projeto de intervenção foi aumentar o acesso aos cuidados de saúde de um grupo de famílias em situação de vulnerabilidade social, com elementos beneficiários de Rendimento Social de Inserção abrangidos pelos acordos dos programas de inserção, através da metodologia de planeamento em saúde (Tavares, 1990).

Este relatório de estágio é o resultado da implementação desse projeto de intervenção na Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde na Rua”, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Arco Ribeirinho e localizada na freguesia do Vale da Amoreira, concelho da Moita.

Utilizou-se o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, da Enfermeira Maria Henriqueta Figueiredo, seguindo a taxonomia CIPE versões $\beta 2$ e 1, classificações utilizadas no modelo e no *software* SAPE em utilização no serviço.

Na fase do diagnóstico de situação foi feita uma Pesquisa de Consenso, por aproximação a informadores-chave, de modo a selecionar o tipo de informações a recolher. A intervenção teve como objetivo a promoção de comportamentos de promoção de saúde. Através da interação com as famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, pôde-se entender a complexidade de contextos intra, inter e extra familiares e as consequências que tal complexidade acarreta para a saúde desta população. Após a intervenção de enfermagem às três famílias incluídas na amostra, observa-se uma adesão positiva às orientações fornecidas e aos planos de cuidados traçados.

Palavras-chave: Vulnerabilidade, Acessibilidade, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

With the recent and constant economic changes, we have seen today, a growing number of families at risk of poverty, and consequently, of social vulnerability. We are witnessing a framework in which the most difficult living conditions and poverty are associated with a decrease in health literacy, a more difficult access to healthcare and medicines, and therefore a higher prevalence of lifestyles less healthy.

The theme of this report is related to social vulnerability and its relation to access to healthcare, stemming from a perceived need at a professional level. Its main purpose was to increase access to health care of the target population.

Since this is an area of expertise within nursing, to stay only for health planning would not be complete, so that, for the evaluation of the target population and before the determination of priorities, I used the Model of Family Assessment and Intervention, by the nurse Maria Henriqueta Figueiredo, following the taxonomy ICPN, versions $\beta 2$ and 1.0.

In the diagnostic phase of the situation it was used a Search of Consensus, using key informants on which important data was collected. The intervention aimed to adopt behaviors for health promotion through strategic promotion/education. Through interaction with families living in situations of social vulnerability, we could understand the complexity of contexts intra, inter and extra family and the consequences that entails such complexity to the health of the population. After the nursing interventions to the three families in the sample, there is a positive adherence to the guidelines provided and the care plans drawn.

Keywords: Vulnerability, Accessibility, Dynamic Model of Assessment and Family Intervention, Community Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
1. POBREZA, VULNERABILIDADE E SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DE UM PROBLEMA	10
2. VULNERABILIDADE SOCIAL, SAÚDE E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ALGUMAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS	11
2.1. Vulnerabilidade Social	11
2.2. Rendimento Social de Inserção.....	13
2.3. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde	14
2.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	15
2.4.1. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	17
3. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	20
3.1. Contexto sociogeográfico	20
3.1.1. Caracterização da Freguesia do Vale da Amoreira	20
3.1.2. Caracterização da UCC “Saúde na Rua”	24
3.2. Diagnóstico de Situação.....	24
3.2.1. Apresentação e Análise dos resultados.....	25
3.2.2. Caracterização da Amostra	27
3.3. Estudos de Caso	29
3.3.1. Família Alves	29
3.3.2. Família Bastos	31
3.3.3. Família Campos.....	32
3.4. Método de Priorização dos Problemas.....	33
3.5. Fixação de objetivos.....	34
3.6. Seleção de Estratégias de Intervenção	35
3.7. Plano Operacional – Especificação das Atividades Desenvolvidas	36
3.8. Implicações Éticas.....	36
3.9. Avaliação das Intervenções.....	37

4. DISCUSSÃO DO PROJETO	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICES	48
APÊNDICE 1 - <i>Cronograma de Atividades</i>	
APÊNDICE 2 - <i>Ficha de Avaliação dos Processos Familiares</i>	
APÊNDICE 3 - <i>Diagrama das dimensões de avaliação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009)</i>	
APÊNDICE 4 - <i>Genograma, Ecomapa e Plano de Intervenção da Família Alves</i>	
APÊNDICE 5 - <i>Genograma, Ecomapa e Plano de Intervenção da Família Bastos</i>	
APÊNDICE 6 - <i>Genograma, Ecomapa e Plano de Intervenção da Família Campos</i>	
APÊNDICE 7 - <i>Formulário de Consentimento Informado</i>	
APÊNDICE 8 - <i>Atividades de estágio complementares</i>	
APÊNDICE 9 - <i>Folha de Identificação de Processos Familiares</i>	
APÊNDICE 10 - <i>Cartaz da Atividade “Natal Comunitário”</i>	
APÊNDICE 11 - <i>Gráficos utilizados no Relatório de Estágio</i>	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I - Processos de Rendimento Social de Inserção no Concelho da Moita	22
Gráfico II - Tipo de Agregado Familiar (população alvo)	25
Gráfico III - Distribuição de famílias por parceiros comunitários (população alvo).....	27

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração I - Mapa do Concelho da Moita	21
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Número de Pessoas por agregado familiar no Concelho da Moita (Censos 2001)	22
Tabela II - Distribuição de indivíduos por médico e enfermeiro de família (amostra)	28
Tabela III - Problemas prioritários da amostra	34
Tabela IV - Objetivos específicos atingidos	38
Tabela V - Indicadores de Impacto e de Execução atingidos	38

INTRODUÇÃO

A enfermagem comunitária tem como principal atividade a prestação de cuidados de saúde de uma forma global, centrada na comunidade.

Em Portugal, as mudanças do perfil demográfico e dos indicadores de morbilidade e o aumento exponencial das doenças crónicas, traduzem-se em novas necessidades de saúde da população, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta aos problemas colocados pelos cidadãos.

Com as recentes e constantes alterações económicas, assistimos, hoje em dia, a um crescente aumento do número de famílias em risco de pobreza ou exclusão social¹, e conseqüentemente, de vulnerabilidade social, entendendo-se esta, segundo Gomes e Pereira (2005, p.360), como estando *“diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise económica que lança o homem ou mulher ao desemprego”*.

O interesse por esta problemática, e que é objeto central deste relatório, surge de situações vivenciadas a nível profissional. Estando eu inserida numa equipa multidisciplinar de uma Unidade de Saúde Familiar, diariamente tenho contacto com famílias em situação económica precária que, de certa forma, influencia as estratégias adotadas quotidianamente na prestação de cuidados, e mais especificamente, nas intervenções de educação para a saúde.

A frequência do Mestrado em Enfermagem Comunitária permitiu-me aprofundar a temática e desenvolver e aprofundar um projeto de intervenção na comunidade em que a Unidade de Saúde Familiar onde trabalho se insere, a freguesia do Vale da Amoreira, no concelho da Moita e distrito de Setúbal.

A principal finalidade do projeto traçado para este estágio foi aumentar o acesso aos cuidados de saúde de um grupo de famílias em situação de vulnerabilidade social, referenciadas à Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde na Rua”, residentes na freguesia do Vale da Amoreira, com elementos beneficiários de Rendimento Social de Inserção abrangidos pelos acordos dos programas de inserção, através de uma metodologia de planeamento em saúde.

¹ **População em risco de pobreza ou exclusão social:** *“indivíduos em risco de pobreza ou vivendo em agregados com intensidade laboral per capita muito reduzida ou em situação de privação material severa”* (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2011, p.10)

Foram definidos como objetivos gerais: (1) Promover o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social e (2) Identificar as necessidades/problemas apresentados pelas famílias, desenvolvendo as suas potencialidades.

Como objetivos específicos foram definidos: (1) Elaborar o diagnóstico de situação da população alvo; (2) Identificar as famílias consideradas prioritárias, (3) Intervir junto das famílias identificadas, aplicando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, da autoria da Enfermeira Maria Henriqueta Figueiredo e (4) Participar nas reuniões e atividades com os parceiros comunitários.

Este relatório de estágio foi elaborado segundo a metodologia do planeamento em saúde (Tavares, 1990).²

² Neste relatório de estágio foram utilizadas as normas de elaboração de trabalhos, em vigor no ano letivo 2011-2012, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. POBREZA, VULNERABILIDADE E SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO DE UM PROBLEMA

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2011), 17,9% dos indivíduos encontravam-se em risco de pobreza em 2009. O risco de pobreza para a população em situação de desemprego era de 36,4%, enquanto que para a população empregada registou-se 9,7%. O contributo das transferências sociais (prestações familiares, subsídio de desemprego, rendimento social de inserção) relacionadas com a doença e incapacidade, família, desemprego e inclusão social, reduziu em 8,5% a proporção da população em risco de pobreza, significando um aumento deste contributo, face ao ano anterior, em cerca de 6,5%. Estes dados revelam a importância dos programas de inserção social em execução em Portugal. Os indicadores Europa 2020, nos dados do inquérito realizado pela *Eurostat* em 2010, indicam um aumento de 0,4% em 2009 (25,3%) na proporção de indivíduos portugueses em risco de pobreza ou exclusão social, comparado com os dados de 2008 (24,9%).

Segundo o Ministério da Saúde (2004), nas últimas três décadas, em Portugal, observaram-se significativos ganhos em saúde³, apesar de se terem acentuado os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social. Este agravamento resulta, em parte, do aumento das desigualdades sociais, do envelhecimento da população portuguesa, da maior mobilidade das populações e de um número crescente de imigrantes.

Assiste-se a um quadro em que as condições de vida mais difíceis e a pobreza estão associadas a uma diminuição da literacia em saúde⁴, a um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos, e por conseguinte a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis.

³ **Ganhos em Saúde** “é uma maneira de expressar resultados de saúde melhorados. Pode ser usada de modo a refletir as vantagens relativas de um tipo de intervenção em saúde em detrimento de outro na produção de melhorias em saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998, p.9)

⁴ **Literacia em Saúde** são “as competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem, acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998, p.10)

2. VULNERABILIDADE SOCIAL, SAÚDE E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ALGUMAS PERSPECTIVAS TEÓRICAS

2.1. Vulnerabilidade Social

Segundo Chesnay e Anderson (2008, p.3), *“vulnerabilidade significa, na sua generalidade, ‘suscetibilidade’. Em termos de cuidados de saúde significa ‘em risco de problemas de saúde’”*.

É um conceito multidimensional, ou seja, existem vários fatores que contribuem para a vulnerabilidade. Esta não é simplesmente um estado de deficiência. As condições sociais contribuem fortemente, e as condições instáveis, como pobreza ou obstáculos não financeiros à acessibilidade aos cuidados de saúde, podem influenciar a eliminação das disparidades, o que reforça a ideia da existência de uma relação entre sociedade e saúde (Shi e Stevens, 2010).

A vulnerabilidade é dinâmica e pode ser contrariada através da aquisição dos recursos necessários para funcionar mais facilmente na sociedade contemporânea e na promoção da resiliência⁵ (Sebastian, 2011).

Considerando como populações vulneráveis aquelas que se apresentam com um maior risco de mau estado de saúde física, psicológica e social e um défice aumentado de acessibilidade aos cuidados de saúde, podemos pensar que a vulnerabilidade social poderá encontrar-se diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise económica que coloca o indivíduo numa situação de desemprego (Aday, 2001, Shi e Stevens, 2005, Gomes e Pereira, 2005).

Os últimos dados referentes ao desemprego em Portugal, divulgados pelo Eurostat e confirmados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2012a, 2012b), revelam uma taxa de desemprego em Janeiro de 2012 de 14,8%, em Fevereiro de 2012 de 15% e em Março de 2012 de 15,3%, colocando assim o país em segundo lugar na lista de países da OCDE com mais desemprego, apenas estando a Espanha em situação pior.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2011), os determinantes socioeconómicos da saúde referem-se às condições em que as pessoas vivem ao longo

⁵ **Resiliência** é a “capacidade de resistir aos stressors e problemas múltiplos sem desenvolver problemas de saúde” (SEBASTIAN, 2011, p.754)

da sua vida. Estas condições influenciam a saúde, o risco de doença e a sua expectativa de vida.

“a pobreza é um fator chave na explicação dos níveis mais pobres de saúde (...) as diferenças na saúde ainda seguem um forte gradiente social. Isso reflete a posição de um indivíduo ou de um grupo populacional na sociedade, que se traduz num acesso diferenciado a (...) recursos, tais como educação, habitação, emprego, bem como em níveis diferenciados de participação na sociedade civil e controlo sobre a vida.”
(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p.1)

Segundo Costa (1985), a vulnerabilidade social poderá encontrar-se ligada à pobreza que, por natureza, é uma realidade pluridimensional, caracterizada por uma situação de carência em aspetos diversos das condições de vida (alimentação, vestuário, habitação, educação, etc.). Sendo a pobreza um estado relativo face ao estado socioeconómico de cada país, esta poderá provocar vulnerabilidade por dificultar a vida em sociedade e por limitar o acesso aos recursos necessários à promoção da saúde⁶. Esta, aliada a baixos níveis de escolaridade, contribui para o desenvolvimento de assimetrias nas condições sociais.

Para além da grande falta de recursos e a existência de condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com a saúde tendem a agravar situações socioeconómicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social (Ministério da Saúde, 2004). Assistimos, assim, a um ciclo vicioso em que muitas famílias se vêem presas a dificuldades e que, só com ajuda comunitária, se conseguem libertar.

Falar de pobreza e de vulnerabilidade social não significa, por si só, que exista uma causalidade para a existência de um processo de doença. Segundo o modelo da teia de causalidade da saúde e da doença (Valanis, 1999), a interação entre numerosas variáveis cria uma combinação poderosa de fatores de risco cumulativos que predispõe um indivíduo para a doença. O mesmo será dizer que o conjunto das situações que se vão desenrolando ao longo do ciclo de vida de um indivíduo é que poderá ou não ser relevante para o processo de saúde ou doença do mesmo indivíduo.

⁶ Dos **Pré-requisitos para a Saúde** definidos pela Organização Mundial de Saúde fazem parte a “Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, Ecossistema estável, Recursos sustentáveis, Justiça social e Equidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, p.5)

Para Sebastian (2011), as populações desfavorecidas são aquelas que têm menos recursos para a promoção da saúde e tratamento da doença do que a média das pessoas. Estes grupos são considerados vulneráveis devido à combinação das situações de risco, referidas anteriormente, do estado de saúde individual e da falta de recursos necessários para aceder aos cuidados de saúde e diminuir os fatores de risco.

Em cuidados de saúde, “risco” é um termo que em epidemiologia significa que certas pessoas têm maior probabilidade de contrair doenças do que outras. Quando falamos em populações vulneráveis, falamos disso mesmo, subgrupos que têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde ou de ter piores resultados desses problemas de saúde do que o resto da população. Estar em risco de ter um determinado problema de saúde é necessário, mas não suficiente, para desenvolver esse problema. Também parece ser necessário possuir outras características que aumentem a vulnerabilidade do indivíduo antes do desenvolvimento do problema de saúde (Sebastian, 2011).

Podemos, então, dizer que o conceito de vulnerabilidade social centra-se tanto na perceção de risco, insegurança e indefesa, mas também na quantidade e qualidade dos recursos básicos ao alcance das famílias e indivíduos e nas oportunidades de os usarem num novo contexto económico, social, político e cultural (Kirby, 2006).

Uma maior falta de recursos, condições de vida mais difíceis e em última instância a pobreza e a exclusão social, levam a uma diminuição da literacia em saúde e por consequência a um acesso mais difícil a cuidados de saúde, medicamentos e outras terapias, que pode gerar uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis. Como forma de fazer face a esta falta recursos e às condições de vida mais difíceis, o Estado português criou o Rendimento Social de Inserção, uma prestação essencial para a sobrevivência de muitas famílias.

2.2. Rendimento Social de Inserção

A Lei n.º 13/2003, de 21 de Maio, veio revogar a Lei nº 19-A/96, de 29 de Junho, relativa ao Rendimento Mínimo Garantido, e criar o Rendimento Social de Inserção, que consiste

“numa prestação incluída no subsistema de solidariedade e num programa de inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua

situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e que favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária.” (LEI N° 13/2003)

Esta prestação do Rendimento Social de Inserção é monetária e de carácter transitório, sendo variável o respetivo montante. O programa de inserção é constituído por um conjunto de ações, orientadas em forma de contrato assinado entre a Segurança Social e os beneficiários, destinadas à integração social dos titulares, bem como dos membros do seu agregado familiar. Assentam em dinâmicas de parceria, que criam oportunidades de inserção adequadas às necessidades sociais diagnosticadas, cujo objetivo passa por combater a exclusão social e a fomentar a integração a nível social, económico e profissional (Instituto de Segurança Social, 2012).

O Rendimento Social de Inserção destina-se a pessoas em situação de carência económica grave, que cumpram as condições de atribuição exigidas por lei. No caso de o beneficiário viver sozinho, a totalidade dos seus rendimentos mensais não pode ser igual ou superior a €189,52. No caso de o beneficiário viver com familiares, a totalidade do rendimento mensal de todos os elementos do agregado familiar não pode ser superior ao valor máximo de Rendimento Social de Inserção, calculado em função da composição do agregado familiar. Este cálculo corresponde à soma de €189,52 (pelo titular), €132,66 (por cada indivíduo maior) e €94,76 (por cada indivíduo menor) (Instituto de Segurança Social, 2012).

A realidade quotidiana confronta-nos com encargos sociais com o Serviço Nacional de Saúde cada vez maiores e apesar das garantias constitucionais de equidade, assiste-se a manifestações assimétricas no acesso aos cuidados de saúde e a bens que promovem a saúde, tais como a educação e o rendimento.

Com o atual contexto económico do país, a atribuição destas prestações às famílias tem vindo a aumentar progressivamente, de 116 457 famílias beneficiárias em Setembro de 2011 a 121 443 famílias beneficiárias em fevereiro de 2012 (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2012).

2.3. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde

Na Lei de Bases da Saúde (1990), o Estado promove e garante o acesso de todo e qualquer cidadão aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde

quer que viva, bem como a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, estabelecendo assim as prioridades do Serviço Nacional de Saúde.

A perceção da equidade, como um valor realmente orientador da ação no sector da saúde, é essencial para garantir uma maior proximidade entre o cidadão e o poder político. Por outro lado, a garantia do acesso passa, por vezes, pela sistematização dos cuidados, que, parecendo limitativa nas opções de escolha do cidadão (Ministério da Saúde, 2004), está, na maioria das vezes, no âmbito de atuação dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros.

As mudanças no perfil da população portuguesa⁷, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas podem traduzir-se na identificação, feita por parte dos profissionais de saúde, de novas necessidades de saúde. Os cuidados de saúde primários tornam-se, então, essenciais como forma de aumentar a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados aos indivíduos e famílias no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. A este nível de cuidados os enfermeiros, e os enfermeiros especialistas em particular, podem desempenhar um papel de extrema importância, identificando e intervindo em situações consideradas críticas na sociedade atual, colocando-se em papéis de apoio e defesa dos utentes e comunidades, que nenhum outro profissional de saúde estará mais habilitado para tal.

2.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública deverá procurar conhecer as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, de modo a poderem responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

O enfermeiro, num contexto comunitário, é o responsável pela identificação das necessidades da comunidade e continuidade dos cuidados aos indivíduos, famílias e grupos da comunidade⁸. Este articula a sua prática com a de outros profissionais e

⁷ As **Mudanças no perfil da população portuguesa na década 1999-2009**, definidos pelo Ministério da Saúde são: (1) Proporção crescente de idosos e decrescente de jovens; (2) Aumento do índice de dependência de idosos e longevidade; (3) Taxa de crescimento natural negativa; (4) Decréscimo do índice sintético de fecundidade; (5) Diminuição da taxa de crescimento migratório; (6) Melhoria generalizada do nível de instrução; (7) Crescente taxa de desemprego; (8) Diminuição da taxa de risco de pobreza. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p.2)

⁸ **Comunidade** é “um grupo específico de pessoas que vive numa área geográfica delimitada, que compartilham uma cultura, valores e normas comuns. Estão dispostos numa estrutura social de acordo com as relações que a comunidade tem desenvolvido ao longo de um período de tempo” (OMS, 1998, p.5)

parceiros comunitários, num determinado contexto social, económico, político e cultural, tendo sempre como metas finais a capacitação das comunidades na execução de projetos de saúde coletiva, o exercício da cidadania e a melhoria da qualidade de vida da população (Regulamento N.º 128/2011; Regulamento N.º 122/2011; Decreto-Lei N.º 161/96).

Esta articulação exige um trabalho em parceria pois é desta troca de experiências e conhecimentos entre profissionais e indivíduos, grupos e populações que é gerado o sucesso esperado junto de cada elemento da comunidade. É chegar mais longe, mais rápido e de forma mais eficiente no processo de satisfação das necessidades da comunidade.

Na formação de um enfermeiro especialista são desenvolvidas competências que lhe permitem participar na avaliação e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas têm competências comuns, para além das específicas, relacionadas com a sua área de intervenção.

Dentro das suas competências comuns, o enfermeiro especialista aplica o seu conhecimento nos três níveis de prestação de cuidados de saúde: primário, secundário e terciário. A sua atuação *“envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante”* (REGULAMENTO N.º 122/2011, p.8648).

Nas competências específicas, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública

“estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (REGULAMENTO N.º 128/2011, p. 8667).

No seio de um contexto comunitário onde as necessidades sociais estão particularmente aumentadas o enfermeiro, integrado numa equipa multidisciplinar, surge como elemento de excelência utilizando o seu conhecimento sobre os indivíduos e

famílias para a referenciação de casos e definição de estratégias de intervenção (Pires, 2009).

A abordagem centrada na família, sustentada no conceito de capacitação⁹ das pessoas, justifica-se, pois permite uma perceção mais integrada do conjunto dos problemas de saúde que devem ser priorizados, ao mesmo tempo que identifica os elementos da família mais capacitados para agir no sentido da resolução e gestão dos problemas, em contextos de grande vulnerabilidade social e física. As intervenções de enfermagem têm como objetivo ajudar a quebrar o ciclo da vulnerabilidade e eliminar as disparidades de saúde, centrando-se na ajuda às populações vulneráveis para a aquisição dos recursos necessários para uma melhor saúde e para a redução dos fatores de risco (Sebastian, 2011).

Nesta perspetiva, os enfermeiros devem centrar-se, sobretudo, na alteração dos determinantes sociais, económicos e ambientais dos problemas de saúde, e devem funcionar, para as populações vulneráveis, como advogados da mudança da comunidade, sendo elementos que poderão fazer a diferença e ser a voz destes junto das entidades políticas e sociais. As intervenções de enfermagem adequadas são relativas à identificação de casos, a educação para a saúde e a criação de políticas para melhorar a saúde e disponibilizando o apoio necessário às populações vulneráveis (Sebastian, 2011). Neste sentido, o enfermeiro atua em diversas frentes, havendo uma que se torna de extrema importância: a família. Esta é um elemento base de uma comunidade, contexto de eleição para a intervenção de enfermagem. É a partir dela que a comunidade começa a mudar, através de cada um dos seus membros.

2.4.1. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

A saúde familiar “é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os fatores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar” (HANSON, 2005, p.7).

Por sua vez, a enfermagem de saúde familiar é “o processo de cuidar das necessidades das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem. (...) pode ter como objetivo a família como contexto, (...) como um todo, (...) como um sistema (...) ou como uma componente da sociedade” (HANSON, 2005, p.8).

⁹ Capacitação é o “processo através do qual a pessoa ganha um maior controlo sobre as suas decisões e ações que afetem a sua saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE, 1998, p.6)

A noção de família é algo muito subjetivo e cujo significado tem diferentes definições de acordo com a época histórica e os contextos sociais, culturais e geográficos, concentrando-se em diferentes aspetos, de acordo com o paradigma da respetiva área de estudo. Enquanto em Direito, *“é um conjunto de relações estabelecidas por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento”* (HANSON, 2005, p.4), em Sociologia, *“é um grupo de pessoas que vivem juntas”* (HANSON, 2005, p.5), em Antropologia, o conceito de família vai muito mais além englobando *“pessoas com diferentes graus de parentesco, definidos a partir da descendência/ascendência sanguínea, ou através do casamento e da adoção”* (ALVES, 2005, p.1) e aquilo que cada indivíduo e/ou grupo considera quem é para ele a família, por exemplo a rede de vizinhança. Em termos de enfermagem, a família, *“refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico”* (HANSON, 2005, p.6), acabando por ser sempre da família quem a pessoa diz que é.

A família, como unidade recetora de cuidados, é essencial na prática da enfermagem centrada e direcionada para a população. Caracteriza-se essencialmente por um conjunto de dois ou mais indivíduos ligados por relações internas e externas, com funções complexas sociais bem definidas (Figueiredo, 2009; Hanson, 2005; Kaakinen e Birenbaum, 2011).

Quando pensamos em família como sistema, temos a família como foco de atenção principal e esta é vista como *“um sistema interativo no qual o todo é mais do que a soma das partes”* (KAAKINEN e BIRENBAUM, 2011, p.584). Esta abordagem centra-se tanto nos elementos da família individualmente, como na própria família como um todo, e quando algo acontece a um dos seus membros, todos os restantes são afetados.

Como forma de fazer uma identificação de necessidades e uma intervenção consistente junto da família, podemos utilizar os mais variados modelos. Um desses modelos é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolvido pela Enfermeira Maria Henriqueta Figueiredo (2009) e adaptado à população portuguesa.

Segundo este modelo, a família é abordada como um sistema, considerando tanto o contexto intrafamiliar e todas as suas características, como o contexto extrafamiliar. São reconhecidas à família as suas competências e a sua autonomia para tomar decisões ao longo de todo o processo de saúde-doença. Acima de tudo, a família é vista como o parceiro principal nos cuidados (Figueiredo, 2009).

Esta visão vai, também, de encontro com o referido por Kleinman, cit. por Helman (1994), em que a família é considerada como uma alternativa informal na assistência à saúde, com crenças próprias sobre a conservação da saúde, tais como formas corretas de comer, dormir e vestir-se, que vão passando de geração em geração.

3. PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Tavares (1990), o planeamento em saúde procura a melhoria do estado de saúde das populações através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação. Através de uma série de fases, é uma metodologia que organiza o pensamento do profissional de saúde que a utiliza.

Tratando-se de uma área de atuação no âmbito da Enfermagem Comunitária, ficar apenas pelo Planeamento em Saúde não seria completo, pelo que, para a avaliação da população alvo e antes da determinação de prioridades, utilizou-se o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar, da enfermeira Maria Henriqueta Figueiredo, seguindo a taxonomia CIPE versões $\beta 2$ e 1.0, utilizadas no mesmo modelo.

O estágio realizou-se na Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde na Rua”, no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária. A enfermeira orientadora foi a enfermeira Laura Teixeira (enfermeira especialista em enfermagem comunitária).

A realização do estágio para o desenvolvimento deste projeto teve lugar no período de 3 de Outubro de 2011 a 17 Fevereiro de 2012 e o cronograma de atividades do projeto encontra-se no Apêndice 1.

3.1. Contexto sociogeográfico

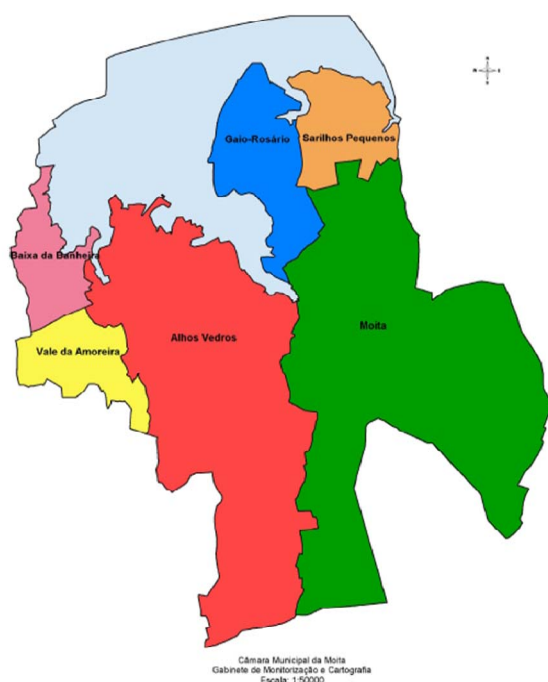
3.1.1. Caracterização da Freguesia do Vale da Amoreira

O concelho da Moita localiza-se na margem sul do Estuário do Tejo, integra-se na área metropolitana de Lisboa, no distrito de Setúbal. Tem uma área territorial de 55,4 Km², incluindo uma vasta zona ribeirinha com cerca de 20 Km, estando dividido em seis freguesias. É delimitado a norte pelo rio Tejo, a este pelo Montijo, a oeste pelo Barreiro e a sul por Palmela. Tem bons acessos a Lisboa (Ponte Vasco da Gama pelo IC32 e Ponte 25 de Abril pela A2), a Setúbal (A2) e a Almada (A2).

As seis freguesias que constituem o concelho são: Alhos Vedros, Baixa da Banheira, Gaio-Rosário, Moita, Sarilhos Pequenos e Vale da Amoreira.

Relativamente à freguesia do Vale da Amoreira, esta tem uma área de 2,44 km², sendo delimitada a norte pela Baixa da Banheira, a este pela freguesia de Alhos Vedros, a sul e a oeste pelo concelho do Barreiro.

Ilustração I - Mapa do Concelho da Moita



Fonte: CLASM, 2009

De acordo com os Censos 2011, a freguesia do Vale da Amoreira tem 9 864 habitantes, representa cerca de 15% da população residente do concelho da Moita, e uma densidade populacional de 4 082,8 habitantes por km².

Com uma área marcadamente urbana, a freguesia do Vale da Amoreira apresenta uma população com uma estrutura etária mais jovem (Gráficos 1 e 2, do Apêndice 11) do que todas as outras freguesias do concelho da Moita, predominantemente em idade ativa e fértil e com um índice de dependência total¹⁰ de 42,2%, ligeiramente mais baixo em comparação com os valores nacional e concelhio de respetivamente 51,6% e 49,7%, e um índice de envelhecimento¹¹ de 71,5%, valor mais baixo em comparação com os valores nacional e concelhio de respetivamente 128,6% e 107,7% (Instituto Nacional de Estatística, Censos 2011).

¹⁰ Índice de Dependência Total: (População com 65 e + anos+ População dos 0-14 anos)/população dos 15 -64 anos * 100
(http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?ID=PT&cnc_cod=189&cnc_ini=24-05-1994)

¹¹ Índice de Envelhecimento: População com 65 e + anos/população dos 0 -14 anos * 100
(http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?ID=PT&cnc_cod=190&cnc_ini=24-05-1994)

Tabela I - Número de Pessoas por agregado familiar no Concelho da Moita (Censos 2001)

Freguesia	Com 1 pessoa	Com 2 pessoas	Com 3 pessoas	Com 4 pessoas	Com 5 ou mais pessoas	Total
Alhos Vedros	783	1395	1246	820	340	4584
Baixa da Banheira	1504	2615	2755	1571	440	8885
Gaio-Rosário	82	124	70	79	25	380
Moita	804	1692	1751	1235	410	5892
Sarilhos Pequenos	94	116	101	63	20	394
Vale da Amoreira	484	803	953	840	692	3772
Total	3751	6745	6876	4608	1927	23907

Fonte: CLASM, 2009

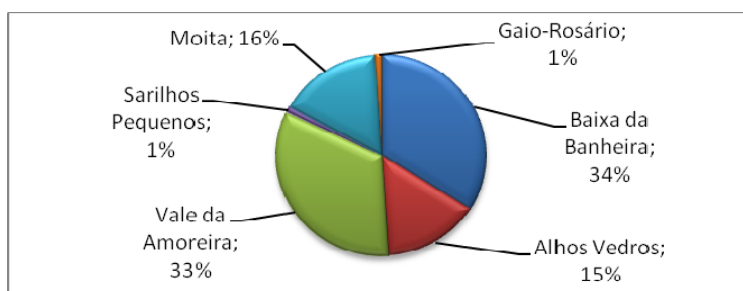
Por outro lado, e de acordo com a Tabela 1, a freguesia do Vale da Amoreira, em 2001¹², era a freguesia do concelho da Moita mais jovem e que apresenta maior número de pessoas por agregado familiar.

Esta é uma população flutuante pois, o fluxo migratório de famílias numerosas é elevado e oscilante, sendo que a imigração é maioritariamente de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (Censos de 2001), a maior proporção da população residente de nacionalidade estrangeira do concelho da Moita regista-se na freguesia do Vale da Amoreira, com um valor de 14,66¹³ (Gráfico 5, do Apêndice 11).

A partir da análise dos dados, feito pela equipa de ação social da Câmara Municipal da Moita em 2009, constata-se que desde que a medida de Rendimento Social de Inserção foi implementada, o número de beneficiários no concelho da Moita tem vindo a aumentar, sendo que em Dezembro de 2008 estavam deferidos 1155 processos.

Quanto à distribuição por freguesia, destes 1155 processos, 33% dizem respeito à freguesia do Vale da Amoreira (≈382 processos), como podemos ver no Gráfico I.

Gráfico I - Processos de Rendimento Social de Inserção no Concelho da Moita



Fonte: CLASM, 2009

^{12,13} Dados provisórios dos Censos 2011 não se encontravam disponíveis à data de elaboração do presente relatório.

Atualmente, o Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal tem ativos dois protocolos com Instituições do Concelho da Moita para um acompanhamento de proximidade das famílias beneficiárias de Rendimento Social de Inserção. Estas equipas estão a intervir nas freguesias da Baixa da Banheira e Vale da Amoreira, no entanto, não estão a acompanhar todos os processos deferidos dessas mesmas freguesias, encontrando-se, ainda, muitos deles no Serviço Local de Ação Social do Barreiro, onde são acompanhados por técnicos desse serviço. No Vale da Amoreira, na zona norte, intervém a equipa de protocolo de Rendimento Social de Inserção do Centro de Reformados e Idosos do Vale da Amoreira (CRIVA) com 258 processos, realizando atendimentos tanto na sua sede como num gabinete cedido pelo ACES Arco Ribeirinho na Unidade de Saúde do Vale da Amoreira.

Há a realçar que a freguesia do Vale da Amoreira é constituída por um conjunto de população imigrante não legalizada e tem uma grande diversidade de grupos sociais. Existe nela uma franja que não tem acesso aos serviços de saúde, tanto pelo desconhecimento da importância da vigilância de saúde/vacinação ao longo do ciclo vida como por não saber como ter acesso a estes serviços, assim como com irregularidades no acesso aos mesmos (sem vigilância de saúde e vacinação atualizadas).

A freguesia do Vale da Amoreira é um espaço de precariedade, onde os problemas de exclusão social estão muito perceptíveis. Segundo o CLASM (2009), é um espaço complexo e com fraca qualidade habitacional, com problemas derivados da grande heterogeneidade sociocultural e da situação de pobreza, onde a oferta de emprego é escassa, que favorece a sua condição de “dormitório” com carências ao nível de equipamentos comunitários e de infraestruturas de transportes pelo que é uma área geográfica com intervenção da Iniciativa Bairros Críticos¹⁴ (“Operação Vale da Amoreira”) e em que o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Arco Ribeirinho é parceiro formal.

As famílias beneficiárias do RSI desta zona geográfica apresentam fragilidades que justificam um olhar atento e cuidadoso face às suas necessidades. O rendimento social é uma oportunidade para contrariar não só a precariedade mas também para valorizar e incentivar a formação pessoal e profissional, assim como a motivação para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

¹⁴ Programa nacional coordenado pelo Secretariado de Estado e Ordenamento do Território e Cidade, assente numa rede de parceria envolvendo 8 Ministérios, autarquias, entidades públicas, associações e organizações não-governamentais.

3.1.2. Caracterização da UCC “Saúde na Rua”

A Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde na Rua”, surge como reflexo da reforma dos cuidados de saúde primários e visa

“a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (DECRETO-LEI Nº 28/2008. DR, I Série. 38 de 22-02- 2008, p.1182-1189).

Esta unidade abrange a população das freguesias da Baixa da Banheira e do Vale da Amoreira e integra o Agrupamento dos Centros de Saúde da Península de Setúbal III - Arco Ribeirinho. É constituída por uma equipa multidisciplinar embora, nesta fase inicial a equipa se encontre reduzida a 6 enfermeiros, com o apoio regular de uma psicóloga pertencente à URAP e de uma médica pertencente à USFQM, unidades do mesmo ACES. As suas áreas de intervenção incluem Intervenção Comunitária, Intervenção Precoce, Saúde Escolar e Cuidados Continuados Integrados.

3.2. Diagnóstico de Situação

Segundo Tavares (1990), as necessidades da população e o diagnóstico de situação que as identifica têm de estar interligados. É importante que as atividades desenvolvidas no projeto vão de encontro às necessidade sentidas pela população abrangida para existir alteração de comportamentos, resolução ou minimização de problemas ou até aumento da eficiência e proficiência dos serviços de saúde.

Para dar início ao diagnóstico de situação nesta população, foi feita uma Pesquisa de Consenso, por aproximação a informadores-chave, sobre quais os dados importantes a serem recolhidos e locais de recolha dos mesmos. Escolhi como informadora-chave a enfermeira Laura Teixeira, enfermeira orientadora de estágio e responsável pelo projeto de Intervenção Comunitária na UCC “Saúde na Rua”.

Elaborei uma ficha de avaliação dos processos familiares referenciados ao Projeto de Intervenção Comunitária, da UCC “Saúde na Rua” (Apêndice 2). A recolha dos dados

foi feita junto da enfermeira orientadora, com consulta do arquivo de processos familiares e na base de dados informática SINUS.

O tratamento dos dados foi realizado estatisticamente e de forma descritiva utilizando o programa informático Microsoft Office Excel 2007.

3.2.1. Apresentação e Análise dos resultados

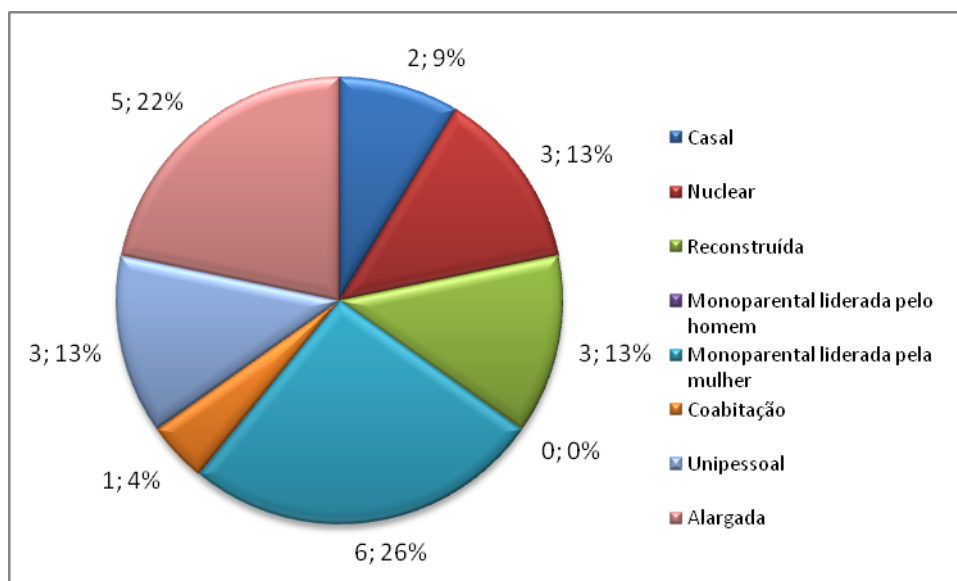
A população alvo deste projeto foi um grupo de famílias em situação de vulnerabilidade social, referenciadas à UCC “Saúde na Rua”, residentes na freguesia do Vale da Amoreira, com elementos beneficiários de Rendimento Social de Inserção abrangidos pelos acordos dos programas de inserção.

Numa primeira avaliação dos processos familiares, fiz um levantamento de 23 famílias que preencheram os critérios de inserção na população alvo, num universo de 68 processos familiares, o que corresponde a cerca de 34%.

A população-alvo foi, então, constituída por 23 famílias/processos familiares, dos quais 8 se encontravam em situação pendente (a aguardar reavaliação) e 15 em situação ativa (com processo de intervenção a decorrer). Sendo 8 destes processos referenciados no ano de 2011 (Gráficos 6 e 7, do Apêndice 11).

Utilizando a classificação utilizada por Figueiredo (2009), a classificação destas famílias, quanto ao seu tipo de agregado familiar, revelou uma enorme diversidade de resultados, e com valores percentuais muito similares (Gráfico II).

Gráfico II - Tipo de Agregado Familiar (população alvo)



Porque a referenciação das famílias não acontece só dentro das instalações da UCC e por unidades de saúde, achei importante avaliar a distribuição destes processos familiares de acordo com o local do primeiro contacto com a família, em que se observou que 87% dos contactos feitos foram por visita domiciliária (Gráfico 8, do Apêndice 11).

Ao avaliar as características de cada utente pertencente à população alvo, observou-se uma pirâmide etária de base larga (Gráfico 9, do Apêndice 11), ou seja, com uma população bastante jovem e equilibrada no que concerne à variável sexo, à nacionalidade e naturalidade (Gráficos 10, 11 e 12 do Apêndice 11), em consonância com o encontrado em toda a população da freguesia do Vale da Amoreira e ligeiramente diferente das pirâmides etárias nacionais e distritais, apresentadas anteriormente.

Com todos os utentes pertencendo à mesma freguesia de residência, seria de esperar que estivessem inscritos na mesma unidade de saúde. A análise dos dados revelou que esta suposição não é real e que apesar de 91% dos utentes se encontrarem inscritos na USF Querer Mais (USF QM), existiam ainda utentes inscritos na UCSP do Vale da Amoreira (utentes sem médico de família e com inscrição esporádica) e na UCSP da Baixa da Banheira, lançando a hipótese de falta de vagas nas listas dos médicos de família, na USF Querer Mais (Vale da Amoreira) (Gráfico 13, do Apêndice 11).

É de salientar que alguns utentes, dentro do mesmo agregado familiar, se encontravam inscritos em unidades de saúde diferentes, com médicos de família diferentes e nem todos com enfermeiro de família atribuído. Dado que no quotidiano é importante em termos de acessibilidade aos cuidados de saúde (Gráficos 14, 15 e 16, do Apêndice 11).

Com uma população flutuante, interessou avaliar o tipo de utentes e de inscrições nas unidades de saúde. Com a análise dos dados observou-se que a maioria dos utentes se encontrava inscrito nas unidades de saúde apesar de terem categorias diferentes (Gráficos 17 e 18, do Apêndice 11).

Tendo a freguesia do Vale da Amoreira características muito particulares, através da avaliação das parcerias comunitárias (Gráfico III), tanto as que referenciam como as que colaboram, observou-se uma grande diversidade de entidades, com valores muito semelhantes entre si, revelando uma ou outra que trabalhe mais no terreno (Gráfico 19, do Apêndice 11).

Foram excluídos da amostra todas as famílias que não apresentassem estes critérios.

Considerei esta amostra como uma amostra por conveniência do investigador (Fortin, 1999) e foi feito um estudo descritivo, tipo estudo de caso, a fim de facilitar a execução de todo o projeto.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão à população alvo, a amostra ficou reduzida a 3 famílias, número mais acessível para aplicação do Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009).

Temos, então 3 famílias, com um total de 20 utentes, com uma média de 6,7 utentes por família e um desvio padrão de 0,58, e uma média de idades por família de 22 anos, com desvio padrão de 9,07.

Em relação ao tipo de agregados familiares, a amostra incluiu uma família do tipo reconstruída, uma do tipo monoparental liderada pela mulher e uma família do tipo alargada (Figueiredo, 2009). Em relação aos seus elementos observou-se um equilíbrio em relação à distribuição pela variável sexo (Gráfico 20, do Apêndice 11), observando-se, também, uma maioria de utentes com nacionalidade e naturalidade portuguesa, apesar de 20% destes se ter naturalizado (Gráficos 21 e 22, do Apêndice 11).

Como foi referido anteriormente, algumas famílias apresentaram elementos que se encontravam inscritos em unidades de saúde diferentes. Na amostra, este fenómeno foi observado em 2 das 3 famílias (Gráfico 23, do Apêndice 11), observando-se o mesmo em relação à atribuição de médico e de enfermeiro de família a cada utente (Tabela 2).

Tabela II - Distribuição de indivíduos por médico e enfermeiro de família (amostra)

	Médico de Família		Enfermeiro de Família	
Sim	15	75%	13	65%
Não	5	25%	7	35%

Em relação à vigilância de saúde, observou-se que 40% dos utentes tiveram consulta de vigilância de saúde no último ano, 25% tiveram consulta há mais de 1 ano e que 35% dos utentes nunca tiveram consultas na unidade de saúde onde se encontravam inscritos (Gráfico 24, do Apêndice 11).

3.3. Estudos de Caso

Segundo Fortin (1999), um estudo de caso consiste num tipo de investigação aprofundada de uma unidade de análise, seja ela um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade.

Este tipo de investigação é útil para verificar uma teoria, estudar um caso que é reconhecido como especial, explicar relações de causalidade entre a evolução de um fenómeno e uma intervenção.

Pode ser aplicado para aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo ou estudar o efeito de uma mudança num indivíduo. O que caracteriza este tipo de investigação é a facilidade com que é possível acumular dados sobre um caso particular, utilizando um determinado quadro teórico para organização da informação.

A importância da avaliação/intervenção, nesta fase do processo, torna-se evidente, tanto para recolha de informação essencial como para organização da mesma informação. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009) é, assim, uma ferramenta que, não estando diretamente ligada à metodologia do Planeamento em Saúde, ganha importância na área de atuação da Enfermagem da Família, num contexto de enfermagem comunitária, onde se pretende a utilização de uma metodologia específica.

Este modelo de avaliação centra-se em três áreas de atuação, abrangendo a estrutura, o desenvolvimento e as dinâmicas funcionais de cada família (Apêndice 3). Através da interligação dos dados recolhidos, podemos ter uma visão de como é a base de funcionamento da família e identificar necessidades de saúde.

Serão apresentados de seguida os três estudos de caso, onde os nomes das famílias são pseudónimos, de forma a proteger a identidade dos utentes envolvidos no projeto, e os diagnósticos levantados seguem a linguagem do modelo de enfermagem utilizado.

3.3.1. Família Alves

A família Alves é uma família com um agregado familiar do tipo monoparental liderado pela mulher, com 7 elementos (ver genograma no apêndice 4), referenciada pela

CPCJ por Doença Mental (comportamentos aditivos) e Precaridade. Os parceiros comunitários envolvidos são a CPCJ e o CRIVA.

Esta família é constituída por uma mãe, Maria, de 39 anos, negra, com nacionalidade portuguesa e naturalidade angolana. Apresenta como antecedentes pessoais conhecidos abuso de álcool, tendo tido a última consulta médica a 16.04.2010, e história de 2 abortos espontâneos conhecidos e indícios de aborto provocado em 2011. A D. Maria tem 6 filhos com nacionalidade e naturalidade portuguesa, de relações diferentes. Dos 6 filhos é de referir o David de 18 anos, com antecedentes pessoais de saúde relevantes de baixa acuidade visual e “mau comportamento” (informação da professora da escola que frequenta), o Emanuel de 15 anos, com antecedentes pessoais de saúde relevantes de baixa acuidade visual, o Emílio de 13 anos, com antecedentes pessoais de saúde de varicela (2000), gastroenterite (2001) e comportamento “agressivo” (informação referida no processo clínico), o Cesar de 9 anos com antecedentes pessoais de saúde de hérnia inguinal (cirurgia em 2009), hérnia umbilical (2011), o Filipe de 5 anos, sem antecedentes pessoais de saúde conhecidos relevantes e o André de 2 anos, sem antecedentes pessoais de saúde conhecidos relevantes. Todos frequentam a escola e o mais novo fica com a mãe durante o dia.

De acordo com a avaliação da *dimensão estrutural*, é mantido contacto pessoal e telefónico diário com a família extensa, por companhia social, apoio emocional e guia cognitivo e conselhos. Em termos de ligação a sistemas mais amplos há a destacar instituições de saúde, escola, amigos e IPSS, ver Ecomapa no apêndice 4. Em termos de edifício residencial não foram identificados problemas visíveis, apresentando-se um edifício residencial com aquecimento elétrico, abastecimento de gás canalizado e abastecimento de água e tratamento de resíduos da rede pública. Segundo a enfermeira de referência, trata-se de uma família com antecedentes de condições habitacionais insalubres e higiene individual precária. Ainda de acordo com a mesma, a família, no caso a mãe, não aceita os profissionais no seu domicílio sem marcação prévia, contrariamente a outras famílias, revelando que arruma a casa quando tem marcação com enfermeiro ou médico. É de referir o longo percurso de intervenção feito por profissionais de saúde e de ação social junto desta família.

De acordo com a avaliação das dimensões do *desenvolvimento e funcional*, em termos de etapa do ciclo vital da família, podemos observar duas situações distintas,

família com filhos pequenos e família com filhos adolescentes. Em relação à primeira, a mãe Maria, apresenta-se como a prestadora de cuidados principal.

Dentro dos problemas da família foi possível identificar (1) Rendimento insuficiente; (2) Não adesão à vacinação; (3) Planeamento familiar não eficaz; (4) Comportamento de procura de saúde não demonstrado; (5) Abuso de Álcool. Os planos de avaliação/intervenção encontram-se descritos no apêndice 4.

3.3.2. Família Bastos

A família Bastos é uma família com um agregado familiar do tipo reconstruído, com 6 elementos (ver genograma no apêndice 5), referenciada por elementos da família por Ausência de Vigilância de Saúde e Precaridade. Os parceiros comunitários envolvidos são a USF QM e o Centro Bem-Estar da Baixa da Banheira.

É uma família que se encontrava inscrita numa unidade de saúde da área de Lisboa e que por medo de represálias por um crime cometido por um dos elementos da família (que se encontra preso) veio para o Vale da Amoreira residir.

Esta família é constituída por um casal, Joaquim de 40 anos, sem antecedentes pessoais de saúde conhecidos, e Luísa de 35 anos, com antecedentes pessoais de saúde de “infecção nos pulmões” aos 18 anos e traumatismo craniano em 1994, ambos com nacionalidade portuguesa e naturalidade angolana. Têm 4 filhos de ambos e o Sr. Joaquim tem um filho de uma primeira relação, Carlos de 24 anos, elemento que se encontra preso. Dos 4 filhos de ambos é de referir a Mariana de 18 anos, com antecedentes pessoais de saúde de epilepsia (diagnosticada em 2011) e gravidez não planeada (Jan.2012), o Rogério de 16 anos, sem antecedentes pessoais de saúde relevantes conhecidos, Sofia de 12 anos, com antecedentes pessoais de saúde de varicela (2000), gastroenterite (2001), e a Melissa de 2 anos com antecedentes pessoais de saúde de hérnia inguinal (cirurgia em 2009), hérnia umbilical (2011). Todos frequentam a escola e a mais nova fica com a mãe durante o dia.

De acordo com a avaliação da *dimensão estrutural*, é mantido contacto pessoal e telefónico diário com a família extensa por motivos de apoio social e ajuda material e de serviço. Em termos de ligação a sistemas mais amplos há a destacar o trabalho (Sr. Joaquim), instituições de saúde, instituições religiosas, instituição prisional, escola, amigos e IPSS, ver Ecomapa no apêndice 5. Em termos de edifício residencial não foram

identificados problemas, apresentando-se um edifício residencial com aquecimento elétrico, abastecimento de gás canalizado e abastecimento de água e tratamento de resíduos da rede pública.

De acordo com a avaliação das *dimensões de desenvolvimento e funcional*, em termos de etapa do ciclo vital da família, podemos observar duas situações distintas, família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes, que por si só requerem a ajuda de um prestador de cuidados, neste caso a mãe Luísa, relacionada com o autocuidado nas atividades de vida diárias e na autovigilância.

Dentro dos problemas da família foi possível identificar (1) Rendimento insuficiente; (2) Não adesão à vacinação; (3) Comportamento de procura de saúde não demonstrado; (4) Gravidez não planeada. Os planos de avaliação/intervenção encontram-se descritos no apêndice 5.

3.3.3. Família Campos

A família Campos é uma família com um agregado familiar do tipo alargado, com 7 elementos (ver genograma no apêndice 6) referenciada pelo CRIVA por Alcoolismo, Ausência de Vigilância de Saúde, Comportamentos de Risco e Risco Social. Os parceiros comunitários envolvidos são a USF QM e o CRIVA.

Esta família é constituída pela avó Noémia, de 74 anos, negra, com nacionalidade e naturalidade cabo-verdiana. Apresenta como antecedentes pessoais conhecidos hipertensão arterial sem complicações, obesidade e neoplasia do cólo do útero com metástases ao nível do cólon e rim esquerdo (já excisado), encontrando-se em estadio terminal, no momento da avaliação, tendo tido a última consulta médica a 24.03.2011. A Sr.^a Noémia teve nove filhos, estando a viver com ela apenas duas filhas, de relações diferentes. A filha mais velha Fernanda tem 55 anos, negra e tem nacionalidade e naturalidade cabo-verdiana. Apresenta como antecedentes pessoais conhecidos hipertensão arterial sem complicações, diabetes mellitus tipo 2 com insulinoaterapia, candidíase genital, doença venosa crónica e abuso do tabaco. A última consulta médica foi a 19.08.2011. A filha mais nova Antónia, de 37 anos, negra e com nacionalidade e naturalidade portuguesa. Apresenta como antecedentes pessoais conhecidos alcoolismo e abuso de drogas. É mãe de 4 filhos de relações diferentes, Miguel de 20 anos, Ruben de 19 anos, Irina de 17 anos e Nadine de 3 anos, todos negros e com nacionalidade

portuguesa. Todos frequentam a escola e a mais nova frequenta o jardim-de-infância do Centro Paroquial, no Vale da Amoreira.

De acordo com a avaliação da *dimensão estrutural*, é mantido contacto telefónico quinzenal com a família extensa, que se encontra no estrangeiro, por guia cognitivo e conselhos. Em termos de ligação a sistemas mais amplos há a destacar instituições de saúde, instituições religiosas, escola, amigos e IPSS, ver Ecomapa no apêndice 6. Em termos de edifício residencial, apesar da família residir num apartamento com aquecimento elétrico, abastecimento de gás de botija e abastecimento de água e tratamento de resíduos da rede pública, foram identificadas barreiras arquitetónicas que, na presente situação da família, torna-se num problema de difícil solução.

De acordo com a avaliação das dimensões do *desenvolvimento e funcional*, em termos de etapa do ciclo vital da família, podemos observar três situações distintas, família com filhos pequenos, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos, visto termos um núcleo familiar trigeracional. O papel de prestador de cuidados principal recai sobre a Fernanda, tanto em termos de cuidados à D. Noémia como em termos de cuidados aos 4 filhos da irmã.

Dentro dos problemas da família foi possível identificar (1) Rendimento insuficiente; (2) Não adesão à vacinação; (3) Planeamento familiar não eficaz; (4) Comportamento de procura de saúde não demonstrado; (5) Papel Parental não adequado; (6) Saturação do prestador de cuidados (situação de cuidados paliativos terminais); (7) Interação de papéis conflitual; (8) Abuso de Álcool; (9) *Coping* familiar não eficaz. Os planos de avaliação/intervenção encontram-se descritos no apêndice 6.

3.4. Método de Priorização dos Problemas

Determinar prioridades e optar intervir neste ou naquele problema específico, não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação, muito menos que não haverá uma intervenção para a segunda ou terceira prioridades, apenas há que rentabilizar recursos humanos, físicos ou financeiros (Tavares, 1990), que neste caso corresponde a uma limitação de tempo e a objetivos académicos.

Como método de priorização dos problemas das famílias utilizei uma pesquisa de consenso (Tavares, 1990) junto de peritos que conhecem a área de intervenção e a população incluída na amostra. Com a aplicação do método de Hanlon (Tavares, 1990)

selecionei critérios específicos, tais como, (1) a amplitude do problema na família, (2) a gravidade do problema de saúde, (3) a eficácia de solução e (4) a exequibilidade da intervenção ou disponibilidade de recursos.

Após a aplicação do método de Hanlon, foram definidos os problemas prioritários onde intervir, que se apresentam na Tabela 3.

Tabela III - Problemas prioritários da amostra

Família	Problemas prioritários
Alves	Não adesão à vacinação; Planeamento familiar não eficaz; Comportamento de procura de saúde não demonstrado.
Bastos	Não adesão à vacinação; Comportamento de procura de saúde não demonstrado.
Campos	Vigilância de saúde irregular; Não adesão à vacinação; Comportamento de procura de saúde não demonstrado.

3.5. Fixação de objetivos

Segundo Tavares (1990), os objetivos correspondem aos resultados que se pretendem obter junto da população-alvo através da implementação de projetos. De acordo com o projeto proposto e após a priorização dos problemas defini como objetivo geral “aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde de famílias em situação de vulnerabilidade”. Como objetivos específicos, defini: (1) Aumentar a adesão à vacinação em 90% dos utentes; (2) Aumentar a adesão a comportamentos de procura de cuidados de saúde em 80% dos utentes; (3) Aumentar a adesão a um planeamento familiar eficaz em 80% dos utentes com mais de 12 anos de idade; (4) Articulação com parceiros comunitários em 100% das famílias incluídas na amostra.

Como indicadores de impacto definidos: (1) N° de utentes com PNV atualizado/N° de utentes da amostra; (2) N° de utentes com consulta de vigilância atualizada/N° de utentes da amostra e (3) N° de encaminhamentos de saúde com adesão/N° de encaminhamentos de saúde efetuados.

Como indicadores de execução foram definidos: (1) N° de utentes vacinados; (2) N° de visitas domiciliárias com parceiros comunitários; (3) N° de reuniões com parceiros comunitários e (4) N° de visitas domiciliárias realizadas no âmbito da promoção e prevenção da doença.

3.6. Seleção de Estratégias de Intervenção

Por forma a facilitar a intervenção junto das famílias defini como estratégias de intervenção: (1) a utilização da formação/educação para a saúde como forma de aumentar a capacitação dos utentes e famílias; (2) a negociação de estratégias de atuação com cada elemento da família e com a família como um todo; (3) a articulação de cuidados entre unidades de saúde e encaminhamento de situações sociais para instituições da comunidade e (4) a promoção de ida à unidade de saúde para regularização da situação de saúde (inscrição na unidade de saúde, marcação e cumprimento das consultas de vigilância e atualização do plano vacinal) de cada elemento da família.

Todo o indivíduo é um indivíduo e como tal utilizei estratégias de negociação diferentes em cada situação. No local de estágio encontrei situações diferentes com cada família selecionada. Cada família, estando num diferente estadio de articulação com o enfermeiro de referência na comunidade, apresentou-se de forma diferente a todo o processo de intervenção.

A família Alves, sendo uma família acompanhada há vários anos pelo mesmo médico de família e pela mesma equipa de enfermagem, apresentou-se de uma forma mais resistente aos cuidados, demonstrando “cansaço pela intromissão da equipa de saúde no seu domicílio e na sua vida”, de acordo com a mãe da família.

A família Bastos, sendo uma família em situação de fuga, demonstrou-se bastante recetiva à intervenção dos enfermeiros, acedendo às orientações fornecidas, desde a inscrição na unidade de saúde à marcação de consultas e atualização dos planos vacinais.

A família Campos, encontrando-se numa situação de grande vulnerabilidade, num período crítico do processo de doença, demonstrou grande alívio pela atuação dos profissionais de saúde, ganhando confiança progressiva e aceitando progressivamente as intervenções planeadas.

Cada família constituiu desafio diferente, tanto pelo número de necessidades identificadas como pelo nível de exigência de intervenção. Das estratégias de intervenção utilizadas com vista à promoção e educação para a saúde, duas foram comuns às intervenções nas três famílias, a realização de orientações e validação de práticas com a

finalidade de autorresponsabilizar e a utilização experiências próprias do discurso de cada indivíduo, sempre utilizando a conversa informal.

3.7. Plano Operacional – Especificação das Atividades Desenvolvidas

Como forma de atingir os objetivos propostos, realizei as atividades: (1) realização de visitas domiciliárias para identificação de necessidades da família e promoção de saúde; (2) marcação de consultas de vigilância na USF; (3) verificação sistemática de adesão e atualização do plano nacional de vacinação; (4) verificação sistemática de adesão às consultas de vigilância marcadas; (5) promoção de estilos de vida saudáveis ao nível individual (com cada elemento da família) e ao nível familiar; (6) articulação de cuidados com o médico de família; (7) realização de reuniões com parceiros comunitários para discussão de casos.

As atividades desenvolvidas encontram-se descritas mais especificamente nos planos de intervenção de cada família, nos apêndices 4, 5 e 6.

3.8. Implicações Éticas

Qualquer estudo que implique pessoas levanta questões éticas e morais. Existe um limite que não pode ser ultrapassado que se traduz no respeito pela proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano que é. Por esta razão, foram tomadas precauções para proteger os utentes que colaboraram neste projeto, nomeadamente com a apresentação de um consentimento informado (Apêndice 7) e com a utilização de pseudónimos na descrição dos estudos de caso, já referido anteriormente.

Deparei-me com algumas limitações visto que, a população abrangida pelo projeto foi e continua a ser a mesma população atendida a nível profissional, podendo colocar-se questões éticas à realização do estágio no local pretendido. Mas por outro lado, a população-alvo poderá ter benefício deste facto no final deste estágio, assegurado pela continuidade de cuidados através da articulação entre as equipas de enfermagem da UCC e da USF. Esta foi uma das intenções deste projeto: a continuidade após o término do estágio.

De forma a minimizar quaisquer efeitos relacionados com a ambiguidade de papéis, apliquei o código deontológico dos enfermeiros (LEI N.º 111/2009), nomeadamente os artigos:

- Art.º 80º a) *“cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”* (p. 6547);
- Art.º 84º b) *“respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”* (p. 6548);
- Art.º 85º a) *“considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte”* (p.6548);
- Art.º 85º d) *“manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”* (p. 6548).

3.9. Avaliação das Intervenções

A avaliação das intervenções foi feita através de indicadores que refletem ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Após as atividades desenvolvidas e tendo em conta os objetivos propostos há a referir que o terceiro objetivo (Aumentar a adesão a um planeamento familiar eficaz em 80% dos utentes com mais de 12 anos de idade) não foi cumprido, tendo ficado com um valor 57%, quando o proposto seria de 80%. Há ainda a referir que no primeiro objetivo (Aumentar a adesão à vacinação em 90% dos utentes), o valor alcançado é de 80%, mas devido a duas situações em que a vacinação não se justificava como medida de intervenção, poderemos considerar o valor alcançado de 90%. Na primeira situação houve a ponderar a manutenção do conforto da utente face a benefícios da vacinação na situação específica de cuidados paliativos terminais. Na segunda situação, a utente estando grávida seria contraindicado fazer a vacina contra o vírus do papiloma humano (Tabela 4).

Os valores dos indicadores de impacto e de execução encontram-se descritos na tabela 5.

Tabela IV - Objetivos específicos atingidos

Objetivos específicos	Valor inicial	Valor alcançado
Aumentar a adesão à vacinação em 90% dos utentes	60%	90%
Aumentar a adesão a comportamentos de procura de cuidados de saúde em 80% dos utentes	55%	90%
Aumentar a adesão a um planeamento familiar eficaz em 80% dos utentes com mais de 12 anos de idade	35%	57%
Articulação com parceiros comunitários em 100% das famílias incluídas na amostra	67%	100%

Tabela V - Indicadores de Impacto e de Execução atingidos

Indicadores de Impacto	
Nº de utentes com PNV atualizado/Nº de utentes da amostra	80%
Nº de utentes com consulta de vigilância atualizada/Nº de utentes da amostra	80%
Nº de encaminhamentos de saúde com adesão/Nº de encaminhamentos de saúde efetuados	83%
Indicadores de execução	
Nº de utentes vacinados	4
Nº de visitas domiciliárias com parceiros comunitários	2
Nº de reuniões com parceiros comunitários	8
Nº de visitas domiciliárias realizadas no âmbito da promoção e prevenção da doença	7

4. DISCUSSÃO DO PROJETO

Os comportamentos de procura de saúde dependem da motivação que cada indivíduo apresenta para implementar o seu plano de saúde. Não basta o enfermeiro dizer que é importante aderir às consultas de vigilância de saúde, é preciso que o próprio indivíduo reconheça e compreenda que é importante tratar, mas acima de tudo prevenir.

Os objetivos que parcialmente não foram cumpridos, devem-se a esta falta de motivação dos indivíduos, os quais, na maioria das vezes, nestes contextos socialmente complexos, são alvo de situações difíceis de controlar e em que priorizam outros aspetos da sua vida, como por exemplo arranjar dinheiro para assegurar as refeições de semana a semana, a procura de trabalho ou até mesmo, como alguns indivíduos referenciaram, a ingestão de substâncias (álcool e drogas) como fuga à pressão diária.

A inclusão e permanência no processo de cuidados de saúde dependem do que, em cada fase da vida, é considerado mais importante e constitui a motivação de cada indivíduo. O papel do enfermeiro passa por clarificar dúvidas, orientando de modo a que seja o indivíduo/família a chegar à conclusão do que é importante em termos de saúde.

O importante nos cuidados a populações vulneráveis é o encaminhamento das situações e a continuidade, tanto de cuidados propriamente ditos como continuidade relacional. O facto de cada família ter atribuído um enfermeiro de família é facilitador. Ter alguém específico a quem recorrer e não ter de andar a saltar de profissional em profissional até que a situação seja resolvida. Para quem sempre viveu com dificuldades e barreiras, vislumbrar de forma positiva o sucesso do processo é por vezes difícil. Manter o contacto próximo com as famílias faz com que elas próprias mantenham a confiança no seu próprio processo de saúde.

Outro aspeto importante é a autorresponsabilização. É necessário que o indivíduo perceba que todas as suas ações terão consequências e que parte dele o sucesso do seu projeto de cuidados de saúde.

Como forma de complementar os objetivos propostos e compreender melhor o contexto onde o estágio foi efetuado, foram realizadas outras atividades que não estavam previstas, mas que decorreram do contacto com o terreno (Apêndice 8). Foram desenvolvidas atividades de gestão de processos por forma a organizar a informação recolhida junto dos utentes e todas as atividades realizadas no âmbito da Intervenção Comunitária. Foi elaborado um ficheiro em Excel para controlo dos processos familiares

(Apêndice 9), visto ainda não estarem a ser feitos registos informáticos no sistema SAPE. Foram organizados os processos familiares em capas individualizadas, em vez de micas num *dossier*, por forma a facilitar o ato de procura do processo familiar quando necessário.

Ao longo de todo o estágio, colaborei em atividades comunitárias com a elaboração de um cartaz informativo do “Natal comunitário” (Apêndice 10), para recolha de brinquedos e de comida para o lanche das crianças convocadas, presença em reuniões com parceiros comunitários para a organização de umas jornadas para utentes idosos, presença em reuniões com parceiros comunitários no âmbito da Iniciativa Bairros Críticos e presença em reuniões com parceiros comunitários no âmbito do Programa Escolhas, para articulação de cuidados a adolescentes de risco.

A participação nas atividades da comunidade fez com que tivesse uma visão geral da forma como esta comunidade específica funciona. O trabalho em proximidade deixa transparecer resultados muito positivos. De certa forma cheguei à conclusão que a articulação com entidades que trabalham na comunidade poderá aumentar a adesão aos cuidados, para além de enviar a mensagem à população de que é fácil contactar com os profissionais de saúde. Esta atitude faz com que toda a população nos conheça e que a sua confiança em nós vá aumentando. Deixamos de ser estranhos aos olhos de quem cuidamos.

Após a realização do estágio é de reforçar o nível em que atuamos quando cuidamos de populações vulneráveis. Neste estágio particular, claramente trabalhei tanto ao nível primário, como ao nível secundário. Ao nível primário nas situações de prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis. Ao nível secundário nas situações em que a doença já se encontrava instalada, como por exemplo o controlo de sintomas de hiperglicemia numa utente diabética.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perícia demonstrada em qualquer situação de cuidados de saúde desenvolve-se quando o profissional questiona expectativas consideradas normais em contextos específicos de atuação e procura novas soluções. A diferença entre a atuação do enfermeiro principiante e do enfermeiro perito pode estar atribuída ao saber fazer adquirido através da experiência, questionando sempre a sua prestação profissional. Enquanto o primeiro se apoia no raciocínio simples e consciente da situação, resolvendo de forma analítica um problema, o segundo apercebe-se da situação como um todo, indo diretamente ao centro do problema, resolvendo-o aplicando toda a sua experiência e implementando soluções nem sempre visíveis a outros (Benner, 2001).

Como aspetos positivos deste estágio é de realçar os conhecimentos adquiridos. O facto de ter trabalhado uma temática ligada à área das ciências sociais, por exemplo a sociologia e a antropologia, e interligá-la com a prática de enfermagem foi uma mais-valia, melhorando a compreensão da sobre a forma como as famílias vivem em contextos comunitários mais desfavorecidos, onde o nível de criminalidade é alto em termos de delinquência juvenil, pequena criminalidade e consumo e tráfico de droga muito significativos (IBC, 2006; CLASM, 2009; IDT, 2009).

A experiência deste estágio fez reconhecer o contexto comunitário e refletir sobre como passar o cuidar de enfermagem de dentro da unidade de saúde para a comunidade. Não basta conhecer as pessoas que se apresentam perante os profissionais, muitas vezes apresentando-se como acham que os profissionais querem ver. Temos de ir a contextos para nós desconhecidos, mas onde a realidade de cada pessoa está aos olhos de quem se interessa por ver. É no seu domicílio, no seu espaço, que os enfermeiros vão conseguir perceber quais as reais necessidades das pessoas e só conhecendo essa realidade poderão cuidar melhor. Não basta, portanto, fazer juízos de valor quanto ao estado em que as pessoas vivem. Podem até viver em prédio degradados mas da porta de casa para dentro, o aspeto de cada domicílio poderá ou não ser o mesmo observado no prédio. Há que ir ao local e avaliar. É a forma como os enfermeiros dos cuidados de saúde primários trabalham e olham para a comunidade que está a mudar. A realização deste estágio, foi um elemento importante para a consciencialização disso mesmo.

Foi um estágio que fez com que o 'olhar clínico' passasse da execução da técnica à observação de todo o contexto social e questionar muito mais aspetos e situações, em

vez de recolher informações que apenas dizem respeito ao indivíduo e à situação do momento. Chegar a casa de um indivíduo que nos chamou lá para tratar de uma ferida e olhar para todo o contexto familiar. Ver que a casa precisa de limpeza e questionar o porquê de estar assim. Conseguir perceber a situação familiar consoante as necessidades ditas e demonstradas dos outros elementos da família, promovendo uma participação do utente/família na elaboração do seu próprio plano de cuidados, sempre em articulação com outros profissionais e/ou entidades comunitárias.

Devo, no entanto, realçar a ambiguidade de papéis, papel de aluna da especialidade e papel de enfermeira de família. O que de início pareceu uma mais-valia, no decorrer do estágio tornou-se numa situação difícil de gerir e de esclarecer junto dos utentes. Foi tentar esclarecer em que âmbito me encontrava numa ou noutra situação. Por outro lado, o facto de me encontrar a estagiar no mesmo edifício onde me encontrava a trabalhar facilitou algumas intervenções, tais como o trabalhar em parceria e conseguir agilizar processos, facilitando o trabalho.

Também ao longo do estágio houve necessidade de fazer um levantamento de dados estatísticos, tendo encontrado dificuldades visto os dados dos Censos 2011 ainda não se encontrarem tão completos como os de 2001.

Outra dificuldade encontrada foi o facto de, com as situações difíceis que presenciei, não ser um “elemento maternal” mas sim um técnico de saúde (elemento facilitador). Aprender a distanciarmo-nos da situação que observamos, foi uma competência que, apesar de adquirida ao longo da minha prestação profissional, neste estágio foi aprimorada. Aprendi a distanciar-me, a não pensar nas dificuldades que esta população mais desfavorecida passa e fazer um “corte mental” no final do dia. Ser um elemento facilitador para que a unidade de saúde não pareça longe da população, estar aberta ao contacto quando solicitado no quotidiano, tentando sempre resolver a situação no momento em que a pessoa precisa e não quando o profissional tem tempo para a resolver. Agilizar os processos, utilizando as ligações dentro da equipa de saúde, para, assim, resolver os problemas da população.

Em resumo, as competências requeridas pela Ordem do Enfermeiros (2010) foram adquiridas ao longo deste estágio. Através das atividades realizadas, estabeleci, com base no Planeamento em Saúde (Tavares, 1990), a avaliação do estado de saúde de uma família inserida numa comunidade específica e contribui para o processo de capacitação de grupos, utilizando estratégias específicas de promoção e educação para a

saúde e tendo sempre em conta o Plano Nacional de Saúde e os Programas de Saúde de âmbito comunitário.

Contemporaneamente, num contexto comunitário em Portugal, o enfermeiro não deve apenas incidir a sua prática no indivíduo e sua família. No seio da reforma dos cuidados de saúde primários, conjugada com as alterações socioeconómicas em que, atualmente, a população vive, é primordial que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública faça parte das equipas em todas as tipologias de unidades de saúde. O seu papel, enquanto detentor de conhecimento de algumas ferramentas metodológicas na área da intervenção comunitária é essencial na abordagem em parceria.

A avaliação familiar sistematizada e articulada com outros profissionais torna-se numa ferramenta indispensável quando, na comunidade, a realidade social atinge níveis muito difíceis para as famílias, como é o caso atual do aumento do desemprego.

Novos contextos são inseridos na área de competência da enfermagem e as realidades sociais emergentes necessitam da intervenção de enfermeiros, cada vez mais especializados na sua prática. Através da interação com as famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, pode-se entender a complexidade de contextos intra, inter e extra familiares e o que tal complexidade acarreta para a saúde da população.

Interessa também, e cada vez mais, perceber como cada família se cuida, tendo sempre em atenção as particularidades de cada caso e de cada contexto. Trata-se, então, de se questionar em que medida os enfermeiros podem ajudar as famílias a melhorarem o seu autocuidado dentro do contexto atual do país. Estas famílias sabem e conseguem autocuidar-se? Ou o cuidar começa a recair, cada vez mais, nos parceiros comunitários?

Após a aplicação deste projeto, um aspeto se evidencia. Cada vez mais os enfermeiros devem intervir na autorresponsabilização, sempre numa vertente de orientação e estando disponíveis para ajudar os indivíduos e famílias nos passos que acharem mais difíceis de dar.

Relembrando a teoria de Dorothea Orem sobre o autocuidado várias questões se levantam. Até que ponto as famílias de hoje em dia se autocuidam? De que forma os contextos económicos afetam este autocuidado? De que forma os enfermeiros podem e/ou devem intervir? E nesta intervenção, qual a fase em que atuação do enfermeiro começa a ser insistente não dando espaço para os indivíduos/famílias se organizarem?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, Lu Ann. (2001) – **At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States**. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN 978-0-7879-4986-0

ALVES J. E. D. (2005) – **A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários**. [em linha]. Aparte – Inclusão Social em Debate, Rio de Janeiro – UFRJ, p 1-4. Acedido em: 23.04.2012. Disponível em: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/notametodologica_familiasconviventes.pdf

BENNER, Patricia (2001) – **De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

BOLLA, Christine Di Martile (2011). In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-29-1. Pags. 772-791.

CÂMARA MUNICIPAL DA MOITA. CLASM (2009) – **Diagnóstico Social do Concelho da Moita**. [em linha]. Acedido em 05.06.2011. Disponível em <http://www.cm-moita.pt/NR/rdonlyres/849CCFC1-82EB-4983-9DE4-4AED91A3B8C5/38104/Diagn%C3%B3sticoSocialConcelhoMoita2009.pdf>

CHADWICK, Edwin (1842) – **Report on the sanitary condition of the laboring population of Great Britain**. [em linha]. Acedido em: 10.01.2012. Disponível em: <http://www.google.pt/books?id=2IYIAAAAQAAJ&hl=pt-PT>

CHESNAY, Mary de; ANDERSON, Barbara A. (2008) – **Caring for the vulnerable**. 2ª Ed.. Sudbury, Massachusetts, USA: Jones and Bartlet Publishers. ISBN-13: 978-0-7637-5109-8.

COSTA, A. Bruto da et al (1985) – **A Pobreza em Portugal**. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

DECRETO-LEI N° 161/96. **D.R. I Série**. 205 (96-09-04) 2959-2962.

DECRETO-LEI N° 28/2008. **D.R. I Série**. 38 (2008-02-22) 1182-1189.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta (2009) – **Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar**. Porto. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte (2005) – Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. [em linha]. **Ciência & Saúde Colectiva**. [em linha]. Vol. 10, nº 2 (2005), 357-363. Acedido em: 27.07.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a13v10n2.pdf>

GUIA PRÁTICO – RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO. Lisboa. Instituto de Segurança Social, Fev., 2012.

HANSON, Shirley May Harmon (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. 2ª Ed. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-83-5.

http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?ID=PT&cnc_cod=189&cnc_ini=24-05-1994

http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?ID=PT&cnc_cod=190&cnc_ini=24-05-1994

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) 2011 – **Rendimentos e Condições de Vida 2010 (Dados Provisórios)**. [em linha]. Acedido em 20.07.2011. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=107634627&DESTAQUESmodo=2

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – Censos 2001. Lisboa: INE. Acedido em 01.05.2011. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE) – **Censos 2011**. [em linha]. Lisboa: INE. Acedido em 12.04.2012. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&menuBOUI=13707095&contexto=bd&selTab=tab2

KAAKINEN, Joanna Rowe e BIRENBAUM, Linda K. (2011). In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-29-1. Pags. 574-604.

KIRBY, Peadar – Theorising globalisation's social impact: proposing the concept of vulnerability. **Review of International Political Economy**. [em linha]. 13, 4 Outubro

(2006), 632–655. Acedido em 08.10.2011. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09692290600839915>. ISSN 1466-4526.

LEI Nº 111/2009. **D.R. I Série.** 180 (2009-09-16) 6528-6550.

LEI Nº 13/2003. **D.R. I Série.** 117 (2003.05.21) 3147-3152.

LEI Nº 48/90. **D.R. I Série.** 195 (1990.08.24) 3452-3459.

OECD HARMONIZED UNEMPLOYMENT RATES. NEWS RELEASE: FEBRUARY 2012.

Paris. OCDE, Abril 2012.

OECD HARMONIZED UNEMPLOYMENT RATES. NEWS RELEASE: MAY 2012. Paris.

OCDE, Maio 2012.

OPERAÇÃO VALE DA AMOREIRA: PLANO DE ACÇÃO E MODELO DE GESTÃO.

Vale da amoreira. .Iniciativa Bairros Críticos, 2006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1986) – Carta de Ottawa de Promoção da Saúde. [em linha]. Ottawa: OMS. Acedido em: 27.07.2011. Disponível em:

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1998) – Health Promotion Glossary. [em linha]. Genebra: OMS. Acedido em: 27.07.2011. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2011) – Socioeconomic determinants.

[em linha] Acedido em 05.06.2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/health-determinants/socioeconomic-determinants>

PIRES, Ana (2009) - Texto da Comissão de Especialidade em Enfermagem Comunitária do Dia Internacional pela Erradicação da Pobreza. [em linha]. Acedido em:

05.06.2011.

Disponível

em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionalpelaErradicacao_daPobreza2009.aspx

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 – ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE: PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL (VERSÃO DE DISCUSSÃO). Lisboa. Ministério da saúde, 2011.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I.** - Lisboa: DGS. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT) (2009) – **Plano Operacional de Respostas Integradas. Resumo do Diagnóstico do Território: Freguesia do Vale da Amoreira (Moita).** Setúbal: IDT.

REGULAMENTO N° 122/2011. **D.R. II Série.** 35 (2011-02-18) 8648-8653.

REGULAMENTO N° 128/2011. **D.R. II Série** 35 (2011-02-18) 8667-8669.

SEBASTIAN, Juliann G. (2011) – Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Perspectiva Geral. In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população.** 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-29-1. Pags. 746-771.

SHI, Leiyu; STEVENS, Gregory D. (2005) – Vulnerability and Unmet Health Care Needs: The Influence of Multiple Risk Factors. **Journal of General Internal Medicine.** [em linha]. 20, nº 2 (2005), 148-154. Acedido em 31.01.2012. Disponível em http://www.jhsph.edu/pcpc/Publications_PDFs/2005_JGIM_Shi.pdf. ISSN 1525-1497.

SHI, Leiyu; STEVENS, Gregory D. (2010) – **Vulnerable populations in the United States.** 2ª Edição. São Francisco: Jossey-Bass. ISBN: 0470599359

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (2011) – **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população.** 7ª Ed.. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-29-1

TAVARES, António (1990) – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.** Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

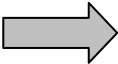

VALANIS, Barbara (1999) – **Epidemiology in Healthcare.** 3ª Ed.. Stamford, Connecticut, USA. Appleton & Lange. ISBN 0838522270.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Abril a Julho 2011	Agosto 2011	Setembro 2011	Outubro 2011	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março a Julho 2012
1. Elaboração do Projecto de Estágio	✓								
2. Apresentação do Projecto de Estágio	✓								
3. Revisão da literatura sobre a problemática	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. Pedido de autorização para utilização do modelo			✓						
5. Elaboração da grelha de avaliação		✓	✓	✓					
6. Diagnóstico de Situação			x		✓	✓	✓		
7. Definição de prioridades			x		✓	✓			

APÊNDICE 2

Ficha de Avaliação dos Processos Familiares

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS FAMILIARES

UCC “SAÚDE NA RUA”

Diagnóstico de Situação

1. Caracterização Geral

Processo Familiar Nº _____

Ano de Referenciação: _____

Fase do Processo de Intervenção:

- Activo
- Pendente
- Concluído

Instituição referenciadora: _____

Motivo: _____

Motivo de Referenciação:

Nº de indivíduos na família:

- F _____ M _____

Média de Idade na família: _____

Local do 1º contacto:

- VD Telefone Email
- Presencial : UCC Rua
- Outro _____

Freguesia de residência: _____

Tipo de Agregado Familiar:

Alargada	
Casal	
Coabitação	
Monoparental Matriarcal	
Monoparental Patriarcal	
Nuclear	
Comuna	
Institucional	
Reconstruída	
Unipessoal	

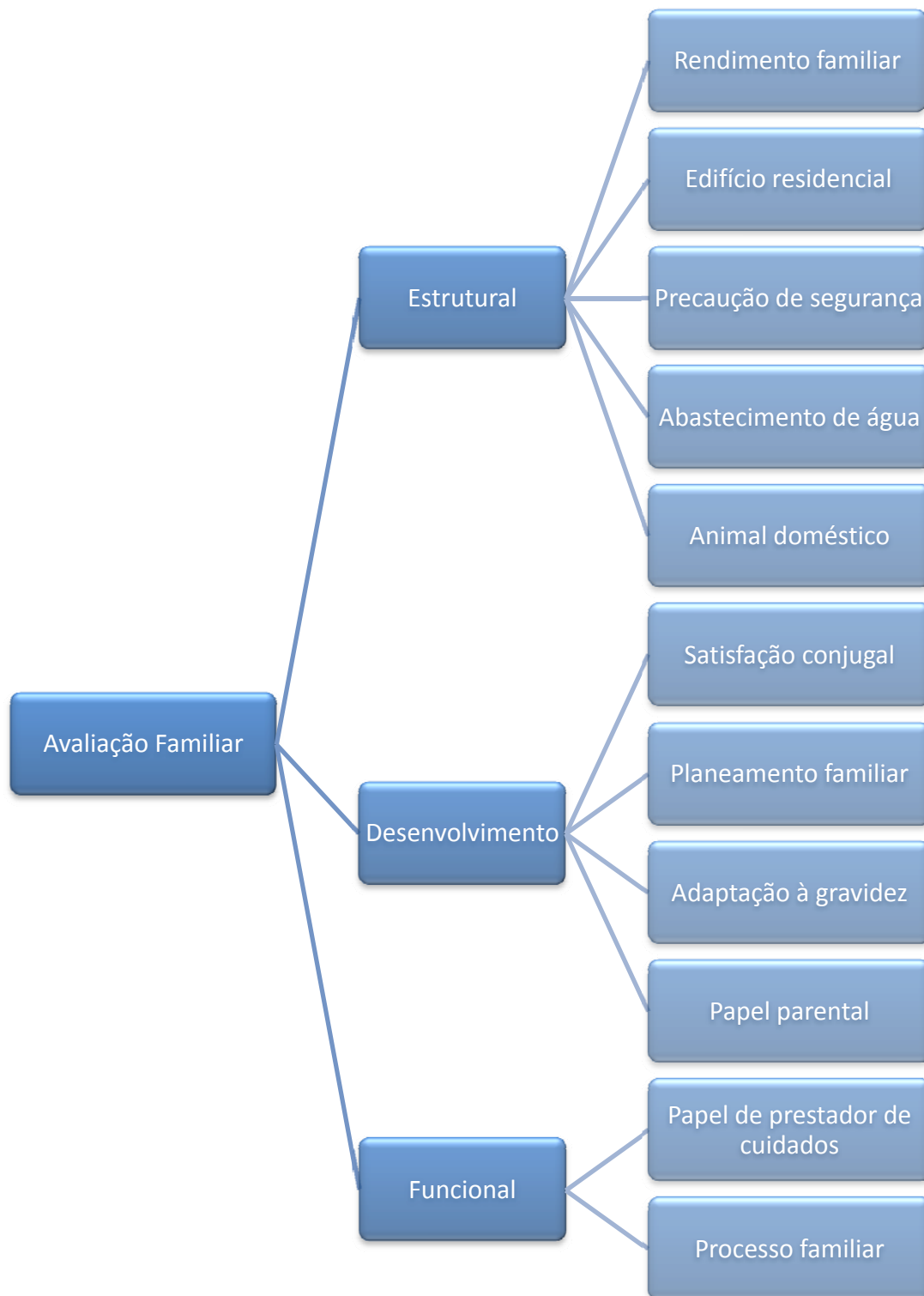
Parceiros sociais envolvidos:

Família com RSI: Sim ___ Não ___

APÊNDICE 3

***Diagrama das dimensões de avaliação do Modelo Dinâmico de
Avaliação e Intervenção Familiar
(Figueiredo, 2009)***

Diagrama das dimensões de avaliação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

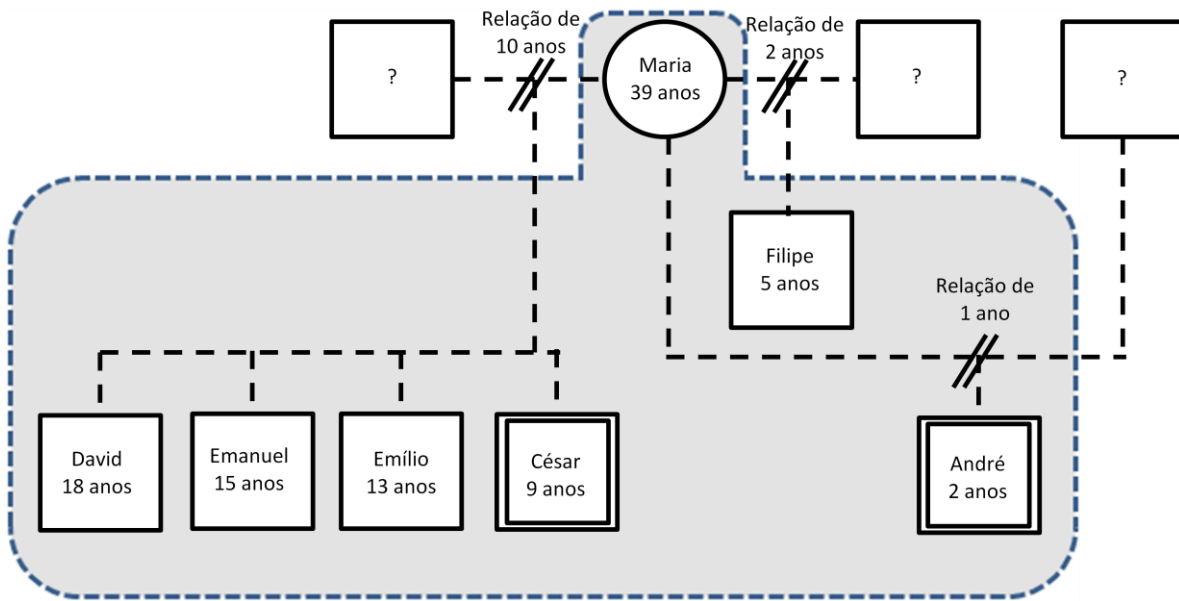


NOTA: Diagrama adaptado de FIGUEIREDO, Maria Henriqueta (2009) – **Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar**. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento.

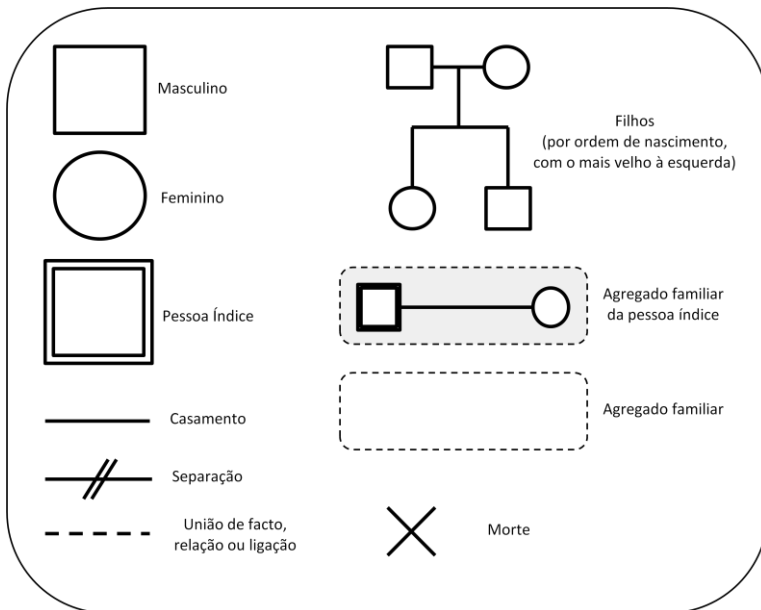
APÊNDICE 4

Genograma, Ecomapa e Plano de Intervenção da Família Alves

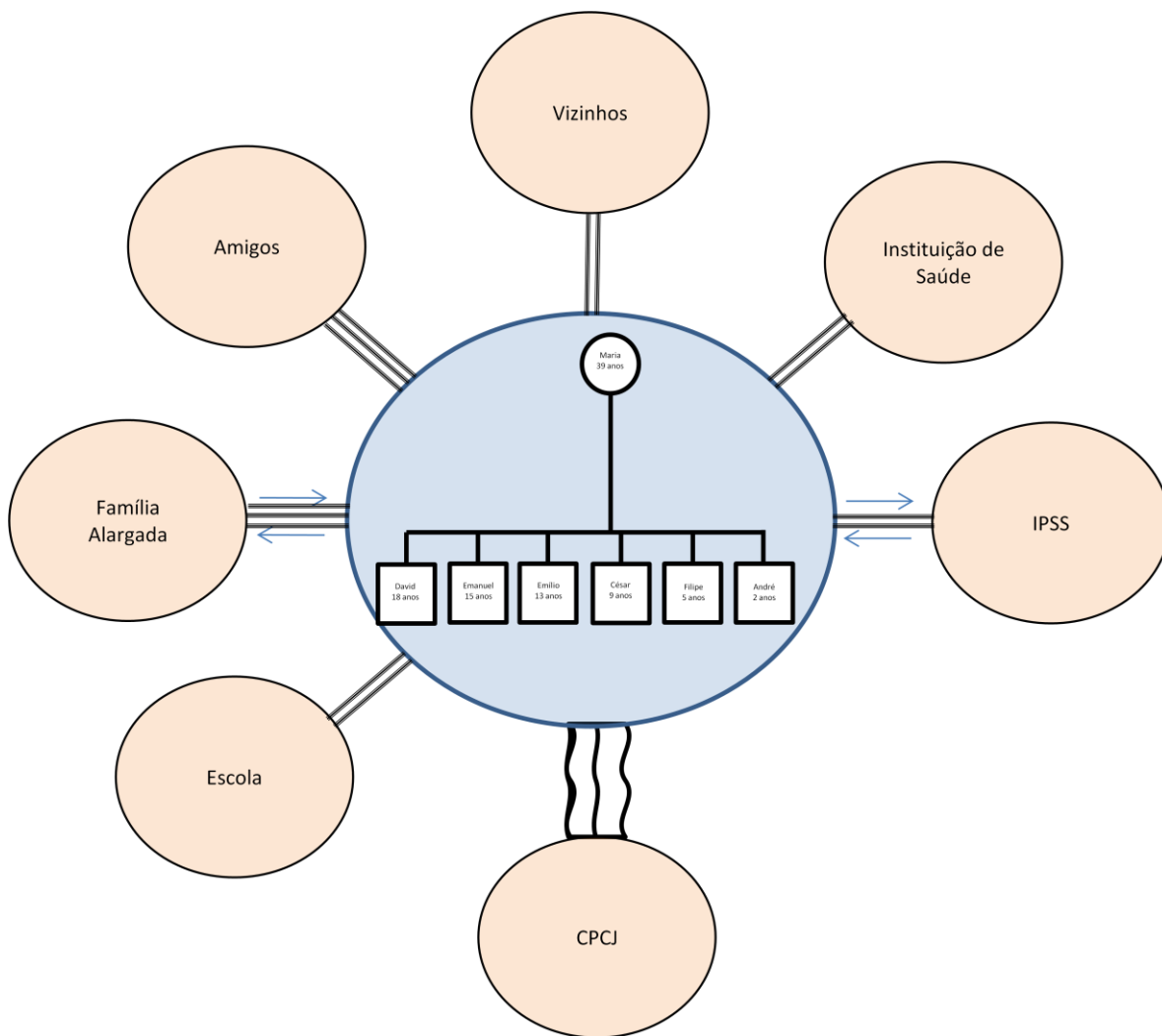
1. GENOGRAMA DA FAMÍLIA ALVES



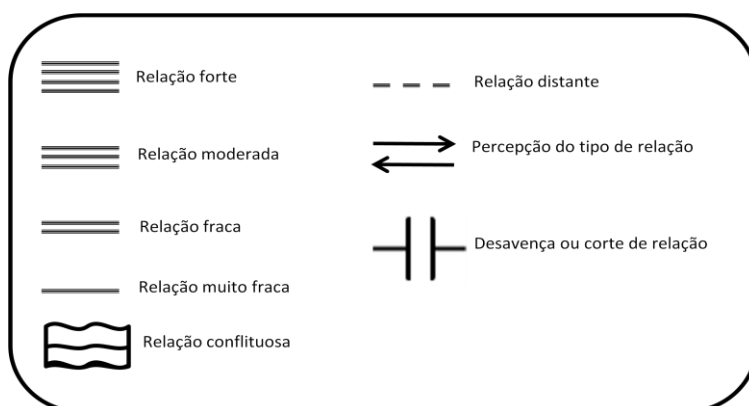
LEGENDA:



2. ECOMAPA DA FAMÍLIA ALVES



LEGENDA:



3. PLANOS DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

Data: 02.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Rendimento Familiar Insuficiente	Rendimento Familiar Insuficiente (Escala de Graffar de grau 5)	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)	02.12.2011	Solicitação de apoio do CRIVA à família.
Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)	02.12.2011	Encaminhamento para o CRIVA.

Data: 02.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Edifício residencial Negligenciado	Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Instruir a família sobre governo da casa	19.12.2011	
Motivar a família para governo da casa	19.12.2011	
Reforçar o governo da casa	19.12.2011	
Reforçar sobre riscos de deficiente higiene habitacional	19.12.2011	Habitação mais limpa e organizada
Reforçar sobre riscos de edifício residencial não seguro	19.12.2011	Habitação mais limpa e organizada

Data: 02.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel parental não adequado (Família com filhos na escola)	Comportamentos de adesão não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Orientar para serviços médicos	02.12.2011	Marcadas consultas com a médica de família para o César Alves e para o André Alves para dia 04.01.2012
	04.01.2012	
Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança	19.12.2011	
Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança	19.12.2011	

Data: 02.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel parental não demonstrado (Família com filhos pequenos)	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Orientar para serviços comunitários	02.12.2011	Solicitação de apoio do CRIVA
Orientar para serviços sociais	02.12.2011	Solicitação de apoio do CRIVA
Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança	19.12.2011	
Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	19.12.2011	Feito reforço da importância da ingestão líquida adequada à criança
Motivar os pais para a adesão à vigilância de saúde da criança	19.12.2011	Feito reforço da importância da vigilância de saúde
Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança	19.12.2011	Feito reforço da importância da ingestão nutricional adequada à criança

4. PLANOS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAIS

Elemento do Agregado Familiar: Maria Alves

Data: 02.12.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Uso de álcool presente		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre complicações do uso de álcool	19.12.2011	
Incentivar abandono do consumo de álcool	19.12.2011	
	25.01.2012	Reforço de informação
Informar acerca da importância do exemplo para os filhos	19.12.2011	
Promover a recuperação de abuso de álcool	19.12.2011	Sugerido encaminhamento para o CAT
Promover o apoio da família e outras pessoas significativas	19.12.2011	Sugerido contacto com familiares mais próximos. D. Maria refere que, em relação a este assunto, esse contacto é difícil.
Reforçar crenças de saúde	19.12.2011	

Data: 02.12.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Planeamento Familiar Ineficaz	Planeamento Familiar Ineficaz por "Uso de contraceptivo não adequado"	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre métodos contraceptivos	19.12.2011	
Ensinar sobre contraceção de emergência	19.12.2011	
Orientar antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência	19.12.2011	
	19.12.2011	
Motivar para o uso do contraceptivo	25.01.2012	Utente refere que combinou com a médica de família iniciar contraceção injetável no início da próxima menstruação.
Providenciar contraceptivo	19.12.2011	
Providenciar material de leitura	19.12.2011	
Informar sobre consequências da gravidez não desejada	19.12.2011	
Orientar para serviços médicos	19.12.2011	

Data: 02.12.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Comportamento de procura de saúde não demonstrado	Conhecimento sobre comportamento de procura de saúde para rastreio do cancro do colo do útero não demonstrado Conhecimento sobre comportamento de procura de saúde para rastreio do cancro da mama não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Incentivar ao comportamento de procura de saúde	19.12.2011	
Incentivar para a consulta	19.12.2011	
Facilitar a utilização dos serviços	19.12.2011	Marcada consulta para horário pós-escolar
Informar sobre os serviços de saúde	19.12.2011	
Orientar a pessoa para serviços médicos	19.12.2011	
Orientar para consulta de planeamento familiar	19.12.2011	
Planear consulta	19.12.2011	Marcada consulta de planeamento familiar para 21.12.2011
	04.01.2012	Utente faltou à consulta de 21.12.2011. Remarcada nova consulta para 31.01.2012
Questionar sobre razões para a não demonstração de comportamentos de procura de saúde	04.01.2012	Utente refere não se ter lembrado da consulta.

Elemento do Agregado Familiar: Emanuel Alves

Data: 02.12.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Adesão à vacinação não demonstrada		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Supervisar adesão à vacinação	19.12.2011	Plano Nacional de Vacinação não actualizado
Planear vacinação	19.12.2011	Planeada vacinação para 04.01.2012
Administrar vacina	19.12.2011	Não vacinado. Foi para Inglaterra.
Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão	19.12.2011	
Informar os pais sobre complicações da não adesão à vacinação	19.12.2011	

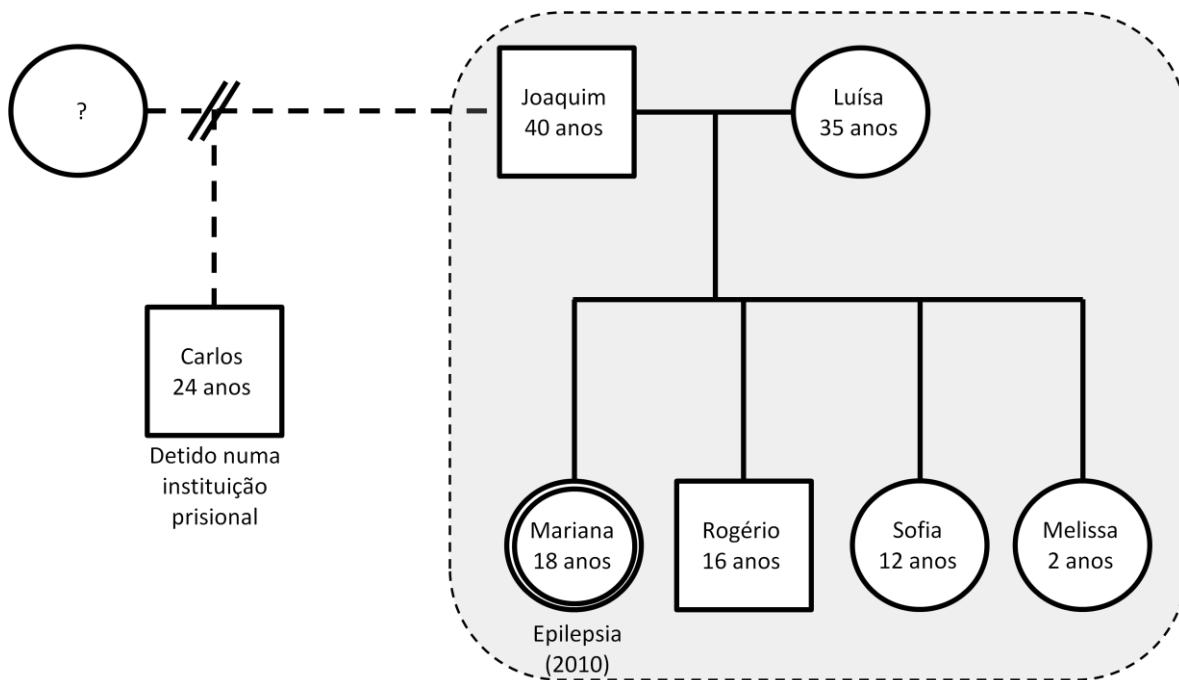
Elemento do Agregado Familiar: Emílio Alves

Data: 02.12.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Adesão à vacinação não demonstrada		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão	19.12.2011	Programada vacinação em horário pós-escolar
Informar os pais sobre complicações da não adesão à vacinação	19.12.2011	
Planear vacinação	19.12.2011	Planeada vacinação para 04.01.2012
Supervisar adesão à vacinação	19.12.2011	Plano Nacional de Vacinação não actualizado
Administrar vacina	04.01.2012	
Orientar antecipadamente sobre resposta à vacina	04.01.2012	

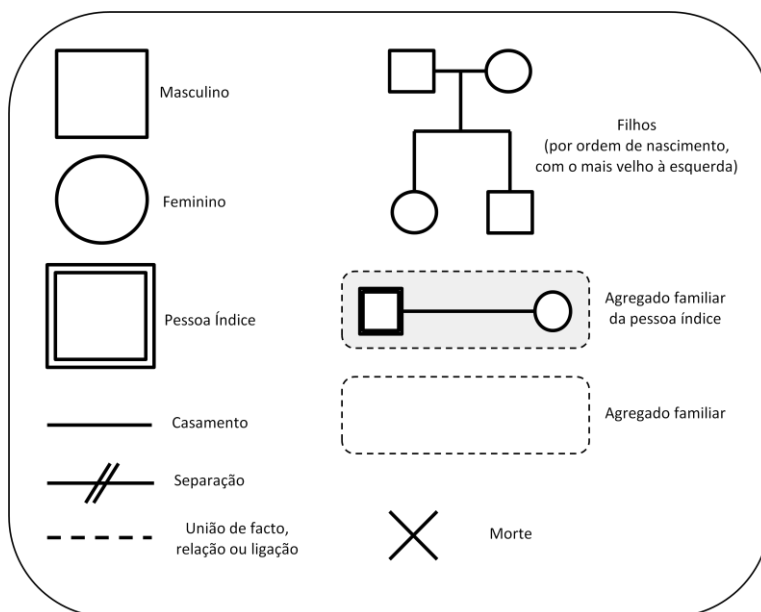
APÊNDICE 5

Genograma, Ecomapa e Plano de Intervenção da Família Bastos

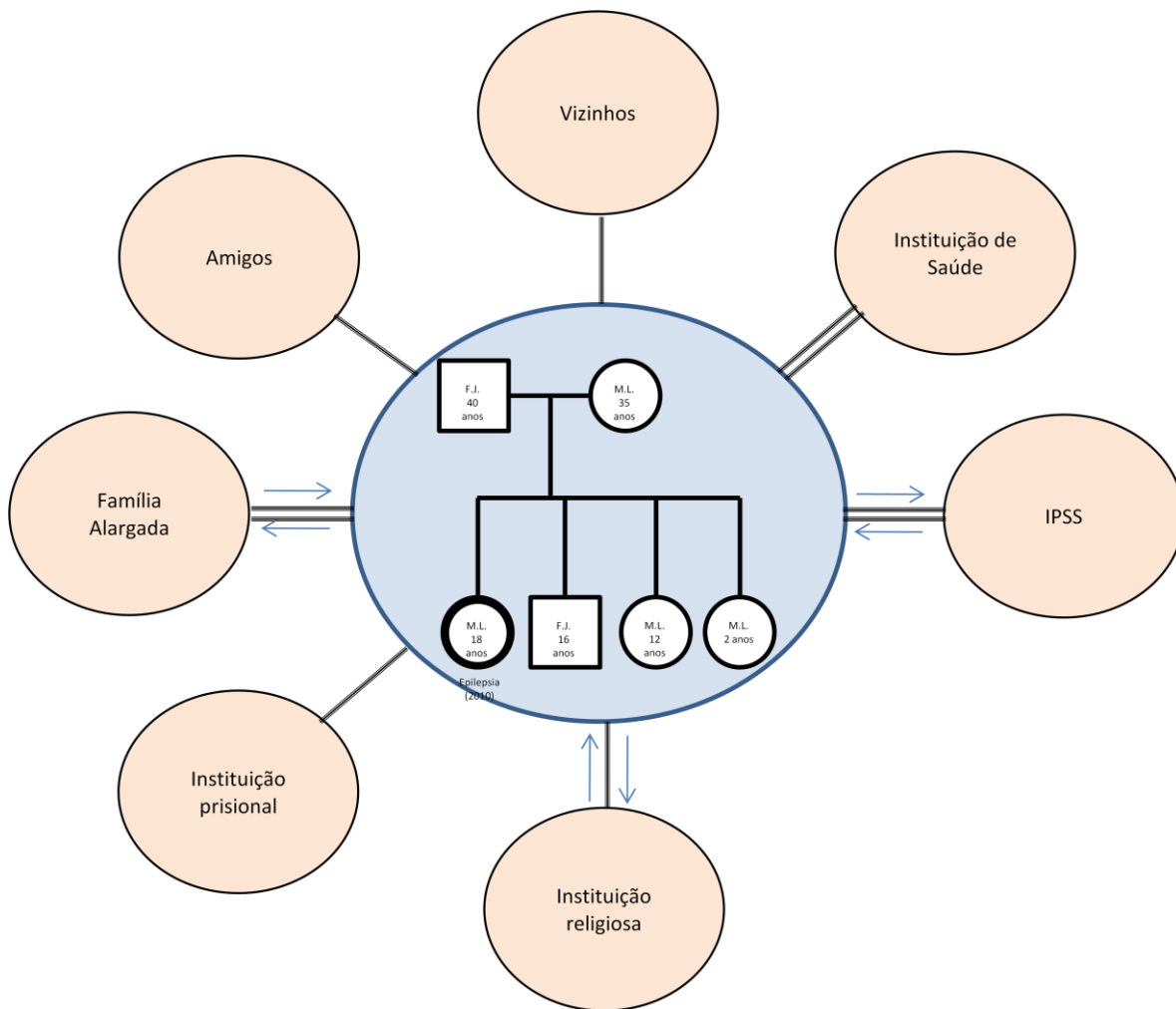
1. GENOGRAMA DA FAMÍLIA BASTOS



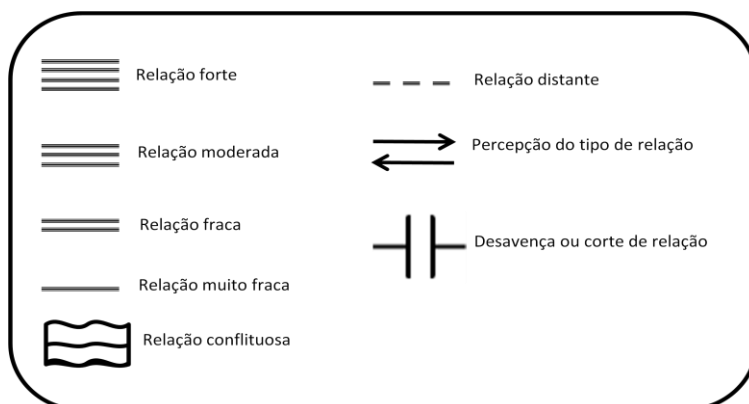
LEGENDA:



2. ECOMAPA DA FAMÍLIA BASTOS



LEGENDA:



3. PLANOS DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

Data: 30.10.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Rendimento Familiar Insuficiente	Rendimento Familiar Insuficiente (Escala de Graffar de grau 4)	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)	30.10.2011	Solicitação de apoio do CRIVA à família.
Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)	30.10.2011	Encaminhamento para o CRIVA.

Data: 03.01.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Planeamento Familiar Ineficaz	Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos	03.01.2012	
Ensinar o casal sobre uso de contraceptivo adotado	03.01.2012	Contraceptivo adotado: Implante. Utente não se encontra satisfeita com o contraceptivo adotado
Motivar para o uso do contraceptivo	03.01.2012	
Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada	03.01.2012	
Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes	03.01.2012	
Orientar o casal para serviços médicos	03.01.2012	Encaminhado casal para consulta de planeamento familiar para alteração do contraceptivo
Orientar para consulta de planeamento familiar	30.10.2011	Encaminhada família para marcação de consulta de planeamento familiar

Data: 03.01.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel do prestador de cuidados não adequado	Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença (epilepsia) não demonstrado Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença (epilepsia);	03.01.2012	
Ensinar prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações	03.01.2012	
Motivar o prestador de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente (Mariana Bastos)	03.01.2012	
Motivar o prestador de cuidados a assistir o membro da família dependente na autovigilância	03.01.2012	

Data: 30.10.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Comportamento de procura de saúde não demonstrado	Família não inscrita na unidade de saúde	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Incentivar ao comportamento de procura de saúde	30.10.2011	
Incentivar para a inscrição na unidade de saúde	30.10.2011	
Facilitar a utilização dos serviços	30.10.2011	Articulação com a coordenadora da unidade para inscrição da família.
Informar sobre os serviços de saúde	30.10.2011	
Orientar a pessoa para serviços médicos	30.10.2011	Encaminhada família para inscrição na unidade de saúde. Inscrição da família na unidade de saúde a 07.11.2011

Data: 03.01.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel parental não adequado (Família com filhos na escola)	Comportamentos de adesão não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Orientar para serviços médicos	03.01.2012	Marcadas consultas de vigilância para Exame global de Saúde com a médica de família para a Sofia Bastos para dia 17.05.2012
Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança	03.01.2012	

4. PLANOS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAIS

Elemento do Agregado Familiar: Joaquim Bastos

Data: 03.01.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Adesão à vacinação não demonstrada	Plano Nacional de Vacinação não atualizado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão	04.01.2012	Programada vacinação em horário pós-laboral
Informar sobre complicações da não adesão à vacinação	03.01.2012	Informada esposa sobre a importância da vacinação.
Planejar vacinação	04.01.2012	Planeada vacinação para 04.01.2012, em horário pós-laboral.
	04.01.2012	Programada nova administração de vacina para dia 04.02.2012.
Supervisar adesão à vacinação	04.01.2012	Plano Nacional de Vacinação não atualizado
Administrar vacina	04.01.2012	Administrada vacina Td I na unidade de saúde em horário pós-laboral.
Orientar antecipadamente sobre resposta à vacina	04.01.2012	

Elemento do Agregado Familiar: Luísa Bastos

Data: 02.12.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Comportamento de procura de saúde não demonstrado	Conhecimento sobre comportamento de procura de saúde para rastreio do cancro do colo do útero não demonstrado Conhecimento sobre comportamento de procura de saúde para rastreio do cancro da mama não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Incentivar ao comportamento de procura de saúde	03.01.2012	
Incentivar para a consulta	03.01.2012	
Informar sobre os serviços de saúde	03.01.2012	
Orientar a pessoa para serviços médicos	03.01.2012	
Orientar para consulta de planeamento familiar	03.01.2012	
Planejar consulta	03.01.2012	Marcada consulta de planeamento familiar para 17.02.2012

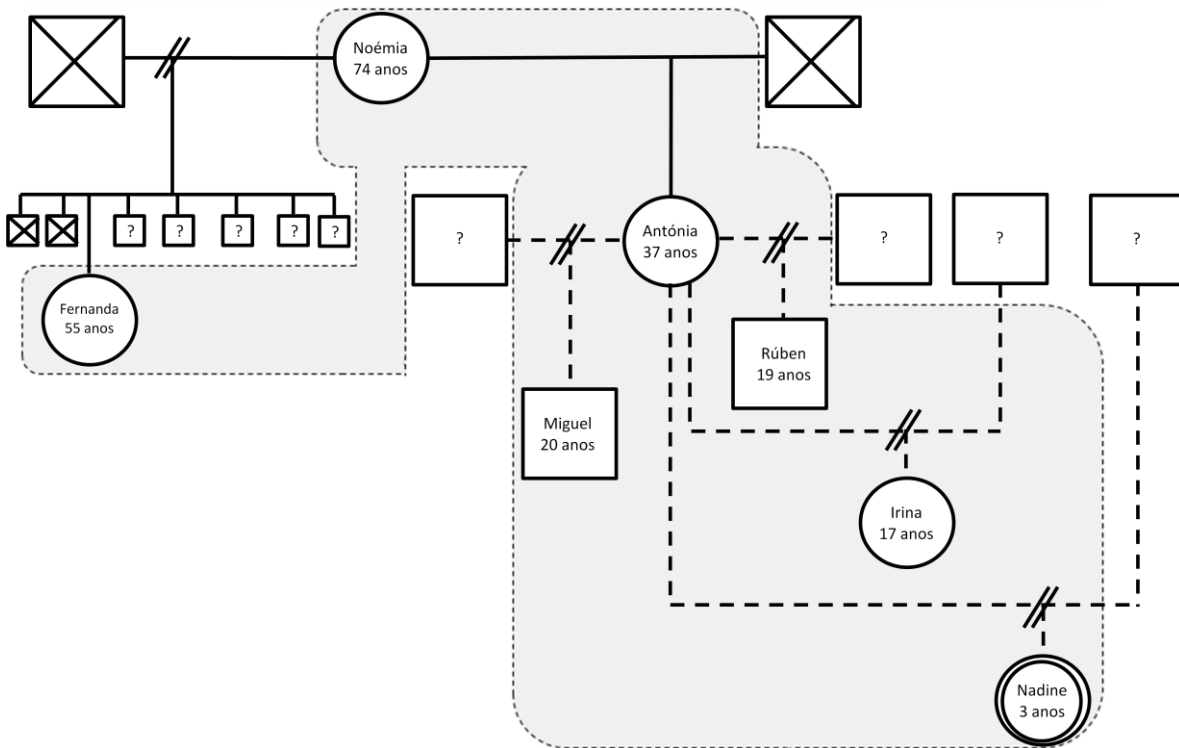
Elemento do Agregado Familiar: Mariana Bastos

Data: 25.01.2012		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Adaptação á gravidez	Conhecimento sobre alterações fisiológicas na gravidez não demonstrado Conhecimento sobre vigilância de saúde na grávida não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Orientar para serviços de saúde	25.01.2012	Encaminhada para a unidade de saúde para marcação de consulta de saúde materna
Ensinar à utente sobre alterações fisiológicas na gravidez	25.01.2012	
Informar à utente sobre vigilância de saúde na gravidez	25.01.2012	

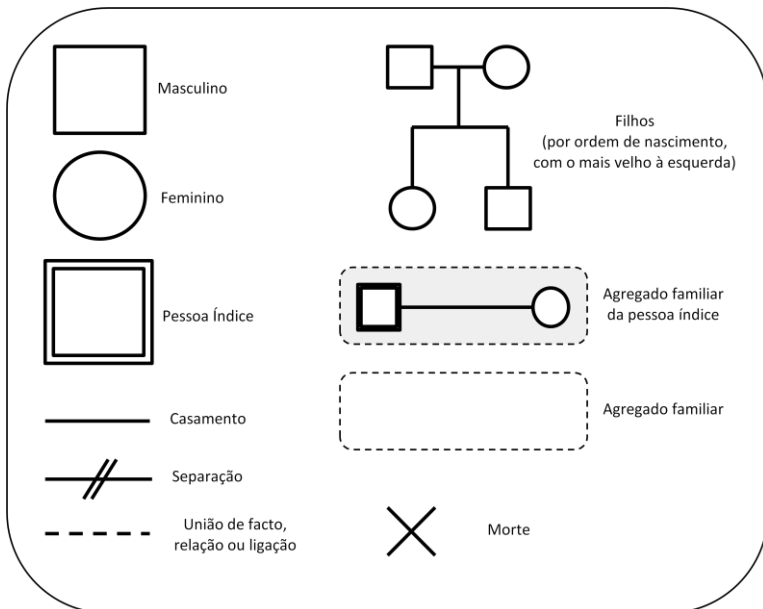
APÊNDICE 6

Genograma, Ecomapa e Plano de Intervenção da Família Campos

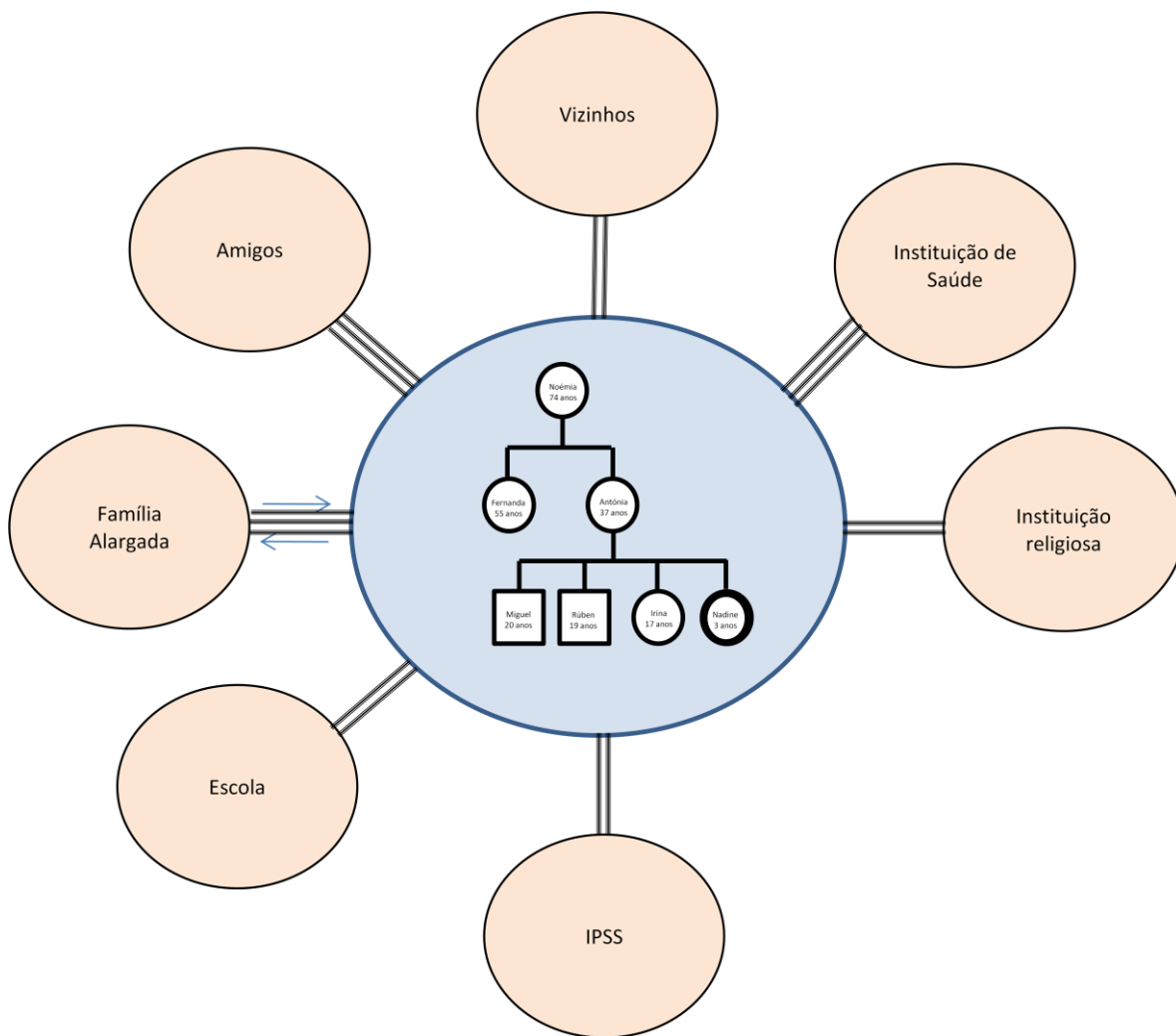
1. GENOGRAMA DA FAMÍLIA CAMPOS



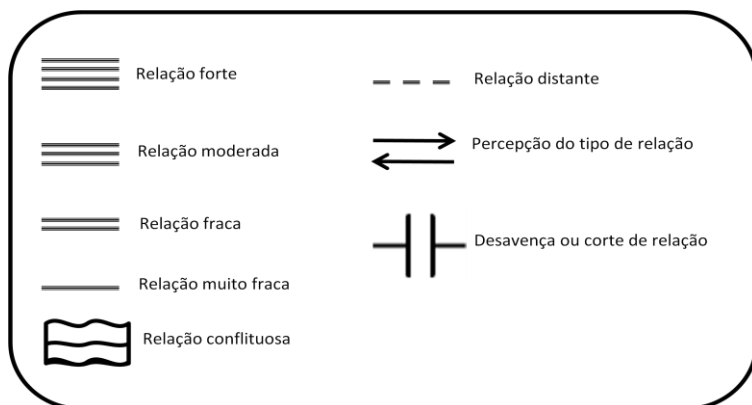
LEGENDA:



2. ECOMAPA DA FAMÍLIA CAMPOS



LEGENDA:



3. PLANOS DE INTERVENÇÃO FAMILIAR

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Rendimento Familiar Insuficiente	Rendimento Familiar Insuficiente (Escala de Graffar de grau 5)	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)	27.12.2011	Encaminhamento para o CRIVA.
Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)	27.12.2011	Solicitação de apoio do CRIVA à família.

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Precaução de Segurança não demonstrado	Existência de Barreiras arquitetónicas Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	27.12.2011	
Motivar para a adoção de estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas	27.12.2011	
Orientar para serviços da comunidade	27.12.2011	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel Parental (Família com filhos pequenos) não adequado	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança não demonstrado (Percentis de crescimento de peso acima de 95) Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança não demonstrado Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança não demonstrado Conhecimento dos pais sobre atividades de lazer adequadas à criança não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança	03.01.2012	
Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança	03.01.2012	
Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança	03.01.2012	
Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança	03.01.2012	Recomendado à mãe e tia a adaptação da alimentação da família a uma alimentação saudável para melhor adaptação da criança.

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel Parental (Família com filhos adolescentes) não adequado	Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes Conflito presente	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes	03.01.2012	
Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência	03.01.2012	
Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	03.01.2012	
Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família	03.01.2012	
Promover a comunicação expressiva das emoções	03.01.2012	
Promover a comunicação expressiva das emoções	03.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel Prestador de Cuidados não adequado	Saturação presente	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação)	03.01.2012	Situação de cuidados paliativos com grande sobrecarga para apenas um elemento da família.
Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;	03.01.2012	
Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família	03.01.2012	
Orientar para serviços de saúde	03.01.2012	
Orientar para serviços sociais	03.01.2012	
Promover a comunicação expressiva das emoções	03.01.2012	
Promover a ajuda entre os elementos da família	03.01.2012	
Promover estratégias de coping para o papel	03.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Papel Prestador de Cuidados não adequado	Conflito presente	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Avaliar os conflitos no papel (explorar/ desmontar os pontos de conflito do papel)	03.01.2012	
Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;	03.01.2012	
Negociar a redefinição dos papéis pelos membros da família	03.01.2012	
Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço)	03.01.2012	
Promover a comunicação expressiva das emoções	03.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Processo Familiar Disfuncional	Interação de papéis Conflitual	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Avaliar os conflitos do Papel	13.01.2012	
Motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família;	13.01.2012	
Negociar a redefinição de papéis pelos membros da família;	13.01.2012	
Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.)	13.01.2012	
Promover a comunicação expressiva das emoções	13.01.2012	
Promover estratégias de coping para o papel	13.01.2012	
Promover o envolvimento da família	13.01.2012	
Promover o suporte da família	13.01.2012	

4. PLANOS DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAIS

Elemento do Agregado Familiar: Fernanda Campos

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Adesão à vacinação não demonstrada	Plano Nacional de Vacinação não atualizado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Supervisar adesão à vacinação	27.12.2012	PNV não atualizado
Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão	03.01.2012	
Informar sobre complicações da não adesão à vacinação	03.01.2012	
Planejar vacinação	03.01.2012	
Administrar vacina	13.01.2012	
Orientar antecipadamente sobre resposta à vacina	13.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Uso de tabaco presente em grau reduzido		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Encorajar a diminuição do consumo de tabaco	03.01.2012	
Ensinar sobre complicações do uso de tabaco	03.01.2012	
Planejar a diminuição do consumo de tabaco	03.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Gestão do regime terapêutico ineficaz	Presença de diabetes descompensada Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz	03.01.2012	
Ensinar sobre hábitos alimentares	03.01.2012	
Ensinar sobre regime medicamentoso	03.01.2012	
Ensinar sobre sinais de hiperglicemia capilar	03.01.2012	
Incentivar a atividade física	03.01.2012	
Orientar para serviços de saúde (enfermeiro de família)	03.01.2012	Consulta marcada para dia 13.01.2012
Promover comportamentos de adesão ao regime terapêutico	03.01.2012	

Elemento do Agregado Familiar: Antónia Campos

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Adesão à vacinação não demonstrada	Plano Nacional de Vacinação não atualizado	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Administrar vacina	13.01.2012	
Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão	03.01.2012	
Informar sobre complicações da não adesão à vacinação	03.01.2012	
Orientar antecipadamente sobre resposta à vacina	13.01.2012	
Planear vacinação	03.01.2012	
Supervisar adesão à vacinação	27.12.2011	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Planeamento Familiar Ineficaz	Planeamento familiar ineficaz por "Uso de contraceptivo não adequado"	
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre métodos contraceptivos	03.01.2012	
Instruir sobre contraceção de emergência	03.01.2012	
Motivar para o uso do contraceptivo	03.01.2012	
Orientar antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência	03.01.2012	
Orientar o casal para serviços médicos	03.01.2012	
Providenciar contraceptivo	03.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Uso de álcool presente		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre complicações do uso de álcool	03.01.2012	
Facilitar apoio familiar ou de pessoas significativas	03.01.2012	
Incentivar abandono do consumo de álcool	03.01.2012	
Informar acerca da importância do exemplo para os filhos	03.01.2012	
Promover o apoio da família e outras pessoas significativas	03.01.2012	
Reforçar crenças de saúde	03.01.2012	

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Uso de drogas presente em grau moderado		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Encorajar o abandono do consumo de drogas	13.01.2012	
Ensinar sobre complicações do consumo de drogas	13.01.2012	
Identificar com a pessoa as dificuldades no processo de abandono da droga	13.01.2012	
Incentivar o processo de abandono de drogas	13.01.2012	
Informar sobre mecanismos de recaída	13.01.2012	
Promover o apoio da família e outras pessoas significativas	13.01.2012	
Reforçar crenças de saúde	13.01.2012	

Elemento do Agregado Familiar: Irina Campos

Data: 27.12.2011		
Diagnóstico:	Critérios de diagnóstico:	
Conhecimento sobre maturação feminina não demonstrado		
Intervenções	Data da Intervenção	Avaliação
Ensinar sobre autocuidado: higiene do corpo	03.01.2012	
Ensinar sobre maturação feminina	03.01.2012	
Ensinar sobre medidas de segurança: uso de contraceptivos	03.01.2012	
Ensinar sobre prevenção de gravidez não desejada	03.01.2012	
Ensinar sobre sexualidade	03.01.2012	
Orientar para consulta de planeamento familiar	03.01.2012	Marcada consulta de planeamento familiar para 18.01.2012
Providenciar preservativos	03.01.2012	

APÊNDICE 7

Formulário de Consentimento Informado

Formulário de Consentimento Informado

Investigação no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária

Autora: Andreia Filipa Aguiar Pereira

(Enfermeira – ACES Arco Ribeirinho / USF Querer Mais)

O Projeto de Intervenção Comunitária, intitulado **“Vulnerabilidade Social e Acesso aos Cuidados de Saúde”**, está inserido num Estágio que decorre no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientado pela Professora Doutora Maria Manuel Quintela.

Este projeto tem como principais objetivos o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social, a identificação das necessidades/problemas apresentados pelas famílias e o desenvolvimento das suas potencialidades e a contribuição para o desenvolvimento dos cuidados pessoais através da educação para a saúde, promovendo a qualidade de vida e prevenção de doenças dos utentes em acompanhamento.

Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento sobre o tema, sendo, para tal, necessário incluir neste projeto todos os utentes que foram sinalizados à UCC “Saúde na Rua” e que estejam em situação de vulnerabilidade social e a receber o Rendimento Social de Inserção.

É por isso que a sua colaboração é essencial.

O relatório de estágio, será apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no ano de 2012, podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos.

A participação neste projeto não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A recolha de informação será efetuada através da aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, da autoria da Enfermeira Maria Henriqueta Figueiredo, sendo posteriormente anexada ao seu processo clínico na unidade de saúde.

Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação neste projeto é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir as explicações acima referidas, declaro que aceito participar neste estudo de caso.

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE 8

Atividades de estágio complementares

Reunião com técnicas de acompanhamento do Rendimento Social de Inserção

Quem	Equipa de enfermagem com equipa de serviço social do Centro de Reformados e Idosos do Vale da Amoreira (CRIVA)
Como	Identificação de necessidades Planificação de atividades de intervenção
Onde	Sede UCC, Espaço Viva (CRIVA)
Quando	Bimensal

Reunião de acompanhamento Iniciativa Bairros Críticos

Quem	Equipa de enfermagem e parceiros comunitários
Como	Reunião com todos os parceiros envolvidos para planificação de atividades.
Onde	Auditório da Junta de Freguesia do Vale da Amoreira
Quando	28/09/2011, 17/11/2011, 11/01/2012, 02/02/2012

Reunião com técnicas de acompanhamento Programa Escolhas

Quem	Equipa de enfermagem com técnicos e parceiros
Como	Identificação das necessidades Planificação de atividades de intervenção
Onde	Sede Programa Escolhas
Quando	03/01/2012, 07/02/2012

“Guia de recursos da comunidade”

Quem	Equipa de enfermagem UCC e Equipa de enfermagem USF
Como	Elaboração de folheto com informação detalhada dos serviços prestados pelas unidades de saúde.
Onde	Unidade de Saúde do Vale da Amoreira
Quando	Novembro/2011

“Natal Comunitário”

Quem	Equipa de enfermagem e parceiros comunitários
	Elaboração de cartaz de promoção da atividade (Apêndice 9)
Como	Reunião com parceiros Participação na atividade comunitária
Onde	Multisserviços do Vale da Amoreira
Quando	05/12/2011, 06/12/2011, 21/12/2011

“Jornadas de Inclusão – Idosos”

Quem	Equipa de enfermagem e parceiros comunitários
	Identificação de parceiros necessários
Como	Planificação da atividade com parceiros comunitários Planificação da sessão de educação para a saúde
Onde	Sede UCC, Sede CRIVA, Biblioteca do Vale da Amoreira
Quando	22/09/2011, 07/10/2011, 21/10/2011

Realização de visitas domiciliárias

Quem	Equipa de enfermagem e parceiros comunitários
Como	Realização de visitas domiciliárias no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. Articulação com parceiros comunitários para resolução de problemas de saúde da população.
Onde	Domicílio
Quando	Diariamente no período de Outubro 2011 a Fevereiro 2012

Elaboração de documentos

Quem	Equipa de enfermagem
Como	Elaboração de folha de registo estatístico para as atividades realizadas na Intervenção Comunitária. Elaboração de folha de registo das reuniões internas e externas no âmbito da Intervenção Comunitária. Elaboração de folha de registo das ações educativas realizadas no âmbito da Intervenção Comunitária.
Onde	Sede UCC
Quando	Outubro 2011 a Dezembro 2011

Organização de ficheiro de processos familiares

Quem	Equipa de enfermagem
Como	Elaboração de ficheiro Excel para registo das folhas de identificação de cada processo familiar. (Apêndice 8) Colocação de cada processo familiar em pasta própria e em local de arquivo próprio.
Onde	Sede UCC
Quando	Outubro 2011 a Dezembro 2011

APÊNDICE 9

Folha de Identificação de Processos Familiares

APÊNDICE 10

Cartaz da Atividade “Natal Comunitário”

Natal Comunitário

LOCAL

MULTISERVIÇOS
(VALE DA AMOREIRA)

HORA

15:00 ÀS 18:00

DATA

21/12/2011

Por momentos de alegria e sorrisos infantis, vem dar a tua contribuição para o Natal Comunitário com a confeção de um petisco para as crianças do Vale da Amoreira.

**FAZ UMA CRIANÇA
FELIZ!!!**

Oferece um brinquedo

(5 a 10 anos)

até ao dia **19.12.2011.**

PARTICIPA!!!

Para mais informações contacta:

Enf. Laura Teixeira e Enf. Andreia Pereira

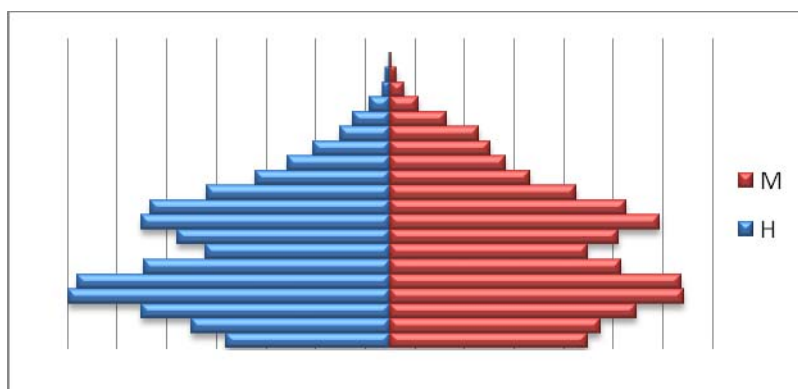
APÊNDICE 11

Gráficos utilizados no Relatório de Estágio

ÍNDICE DE GRÁFICOS

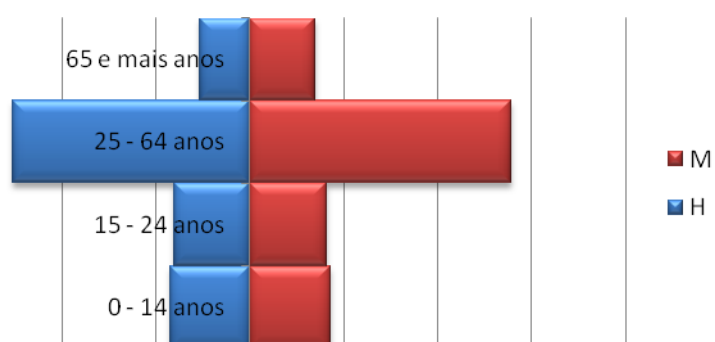
Gráfico 1 - Pirâmide etária da população da freguesia do Vale da Amoreira 2001	2
Gráfico 2 - Pirâmide etária da população da freguesia do Vale da Amoreira 2011	2
Gráfico 3 - Pirâmide etária da população de Portugal 2011	2
Gráfico 4 - Pirâmide etária da população de Setúbal 2011	3
Gráfico 5 - Proporção de população residente de nacionalidade estrangeira no Concelho da Moita 2001	3
Gráfico 6 - Fase do Processo Familiar (população alvo)	3
Gráfico 7 - Ano de Referenciação (população alvo)	4
Gráfico 8 - Local do primeiro contacto (população alvo)	4
Gráfico 9 - Distribuição de utentes por faixa etária (população alvo)	4
Gráfico 10 - Distribuição de utentes por sexo (população alvo)	5
Gráfico 11 - Distribuição de utentes por Nacionalidade (população alvo)	5
Gráfico 12 - Distribuição de utentes por Naturalidade (população alvo)	5
Gráfico 13 - Distribuição de utentes por Unidade de Saúde (população alvo)	5
Gráfico 14 - Distribuição de utentes por Médico de Família (população alvo)	6
Gráfico 15 - Distribuição de utentes por Enfermeiro de Família (população alvo)	6
Gráfico 16 - Distribuição de utentes por data da última consulta (população alvo)	6
Gráfico 17 - Distribuição de utentes por tipo de inscrição (população alvo)	7
Gráfico 18 - Distribuição de indivíduos por categorias de utente (população alvo)	7
Gráfico 19 - Distribuição de famílias por instituição de referenciação (população alvo)	7
Gráfico 20 - Distribuição de indivíduos por sexo (amostra)	8
Gráfico 21 - Distribuição de indivíduos por nacionalidade (amostra)	8
Gráfico 22 - Distribuição de indivíduos por naturalidade (amostra)	8
Gráfico 23 - Distribuição de indivíduos por local de inscrição (amostra)	8
Gráfico 24 - Distribuição de indivíduos por data da última consulta (amostra)	9

Gráfico 1 - Pirâmide etária da população da freguesia do Vale da Amoreira 2001



Fonte: adaptado de dados do INE, Censos 2001

Gráfico 2 - Pirâmide etária da população da freguesia do Vale da Amoreira 2011



Fonte: adaptado de dados do INE, Censos 2011

Gráfico 3 - Pirâmide etária da população de Portugal 2011



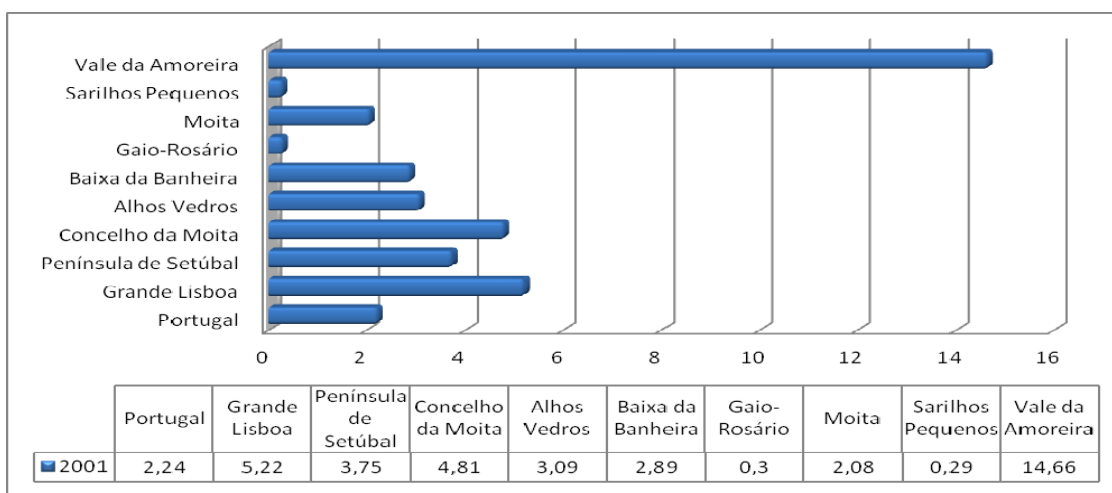
Fonte: adaptado de dados do INE, Censos 2011

Gráfico 4 - Pirâmide etária da população de Setúbal 2011



Fonte: adaptado de dados do INE, Censos 2011

Gráfico 5 - Proporção de população residente de nacionalidade estrangeira no Concelho da Moita 2001



Fonte: adaptado de dados do INE, Censos 2001

Gráfico 6 - Fase do Processo Familiar (população alvo)

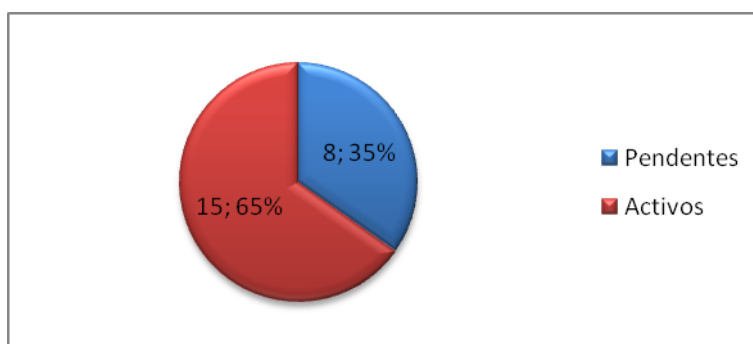


Gráfico 7 - Ano de Referenciação (população alvo)

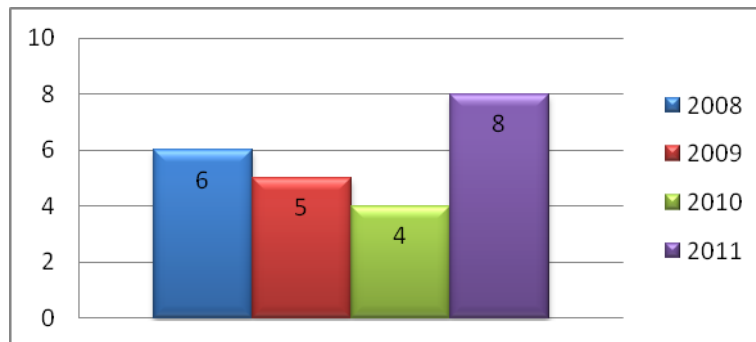


Gráfico 8 - Local do primeiro contacto (população alvo)

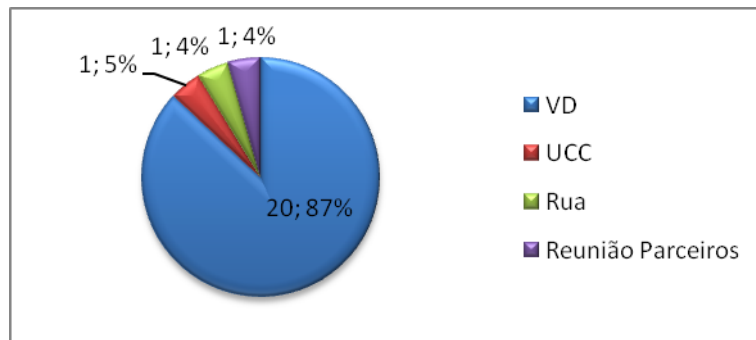


Gráfico 9 - Distribuição de utentes por faixa etária (população alvo)

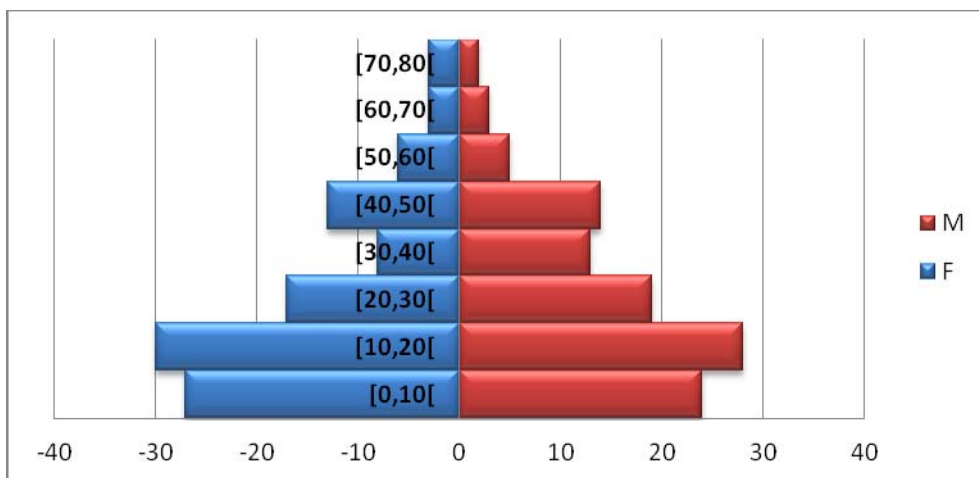


Gráfico 10 - Distribuição de utentes por sexo (população alvo)

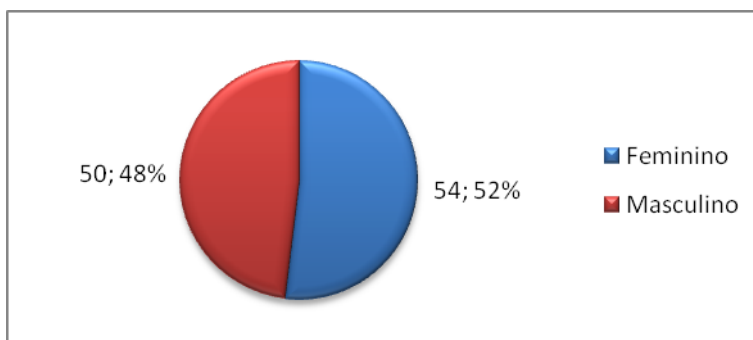


Gráfico 11 - Distribuição de utentes por Nacionalidade (população alvo)

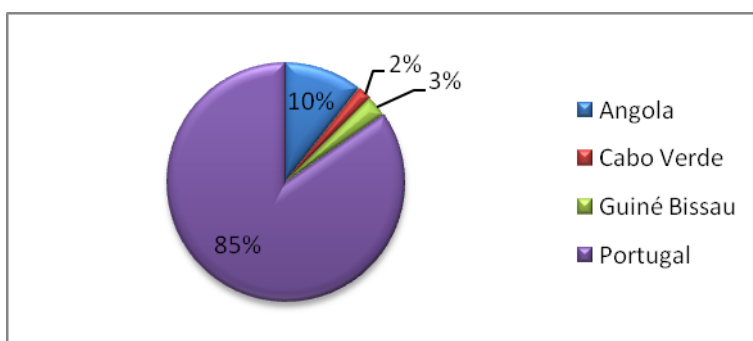


Gráfico 12 - Distribuição de utentes por Naturalidade (população alvo)

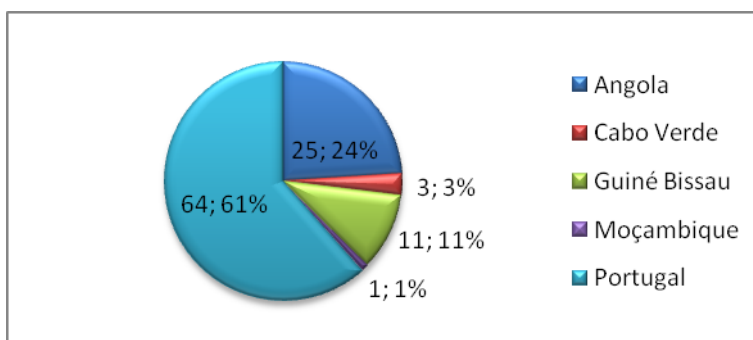


Gráfico 13 - Distribuição de utentes por Unidade de Saúde (população alvo)

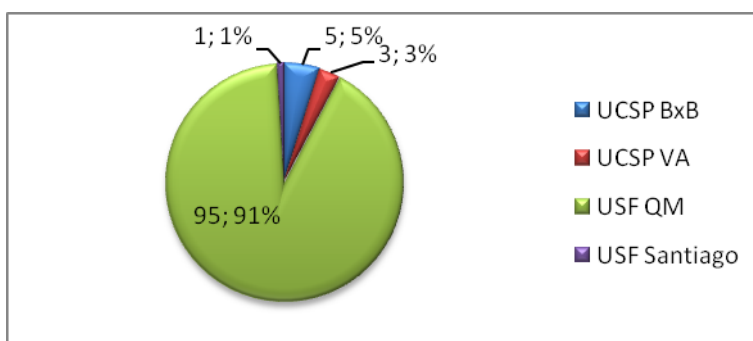


Gráfico 14 - Distribuição de utentes por Médico de Família (população alvo)

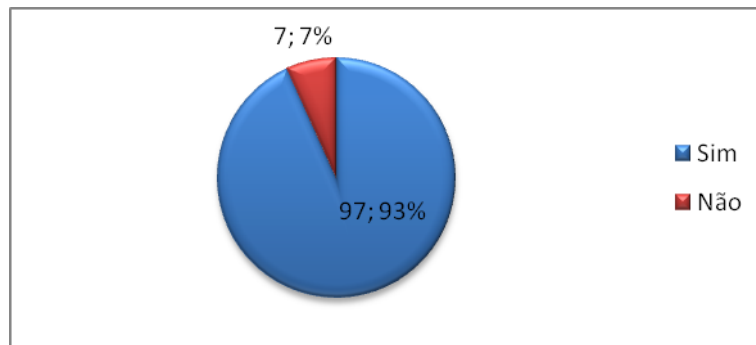


Gráfico 15 - Distribuição de utentes por Enfermeiro de Família (população alvo)

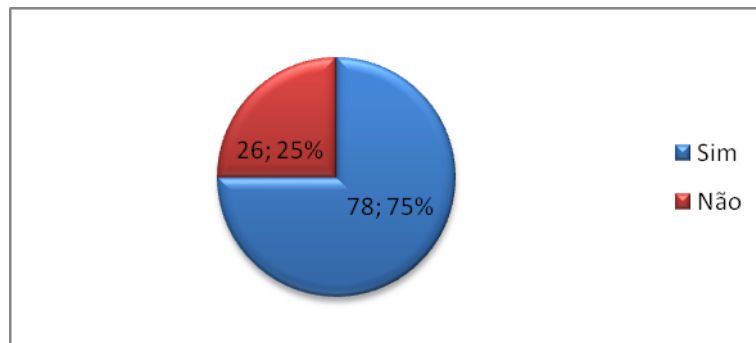


Gráfico 16 - Distribuição de utentes por data da última consulta (população alvo)

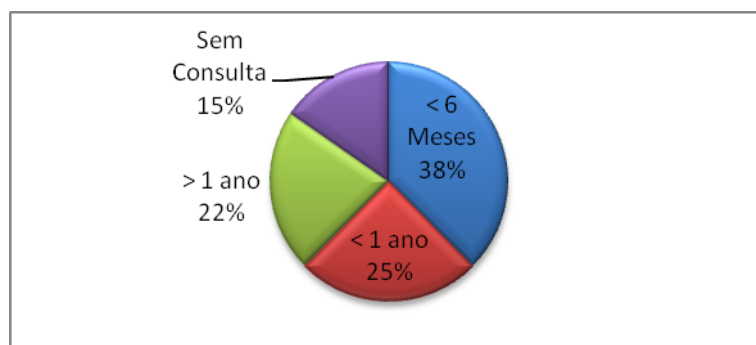


Gráfico 17 - Distribuição de utentes por tipo de inscrição (população alvo)

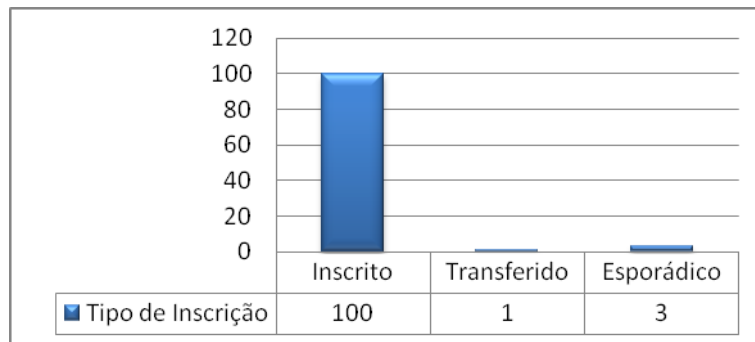


Gráfico 18 - Distribuição de indivíduos por categorias de utente (população alvo)

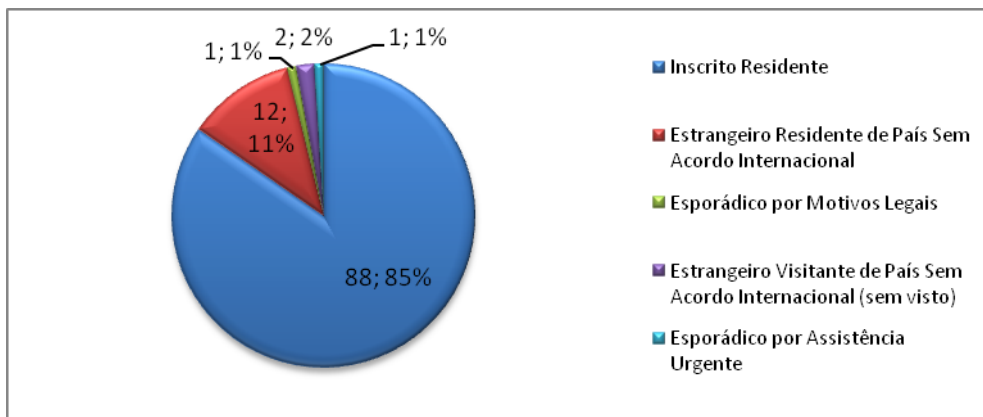


Gráfico 19 - Distribuição de famílias por instituição de referênciação (população alvo)

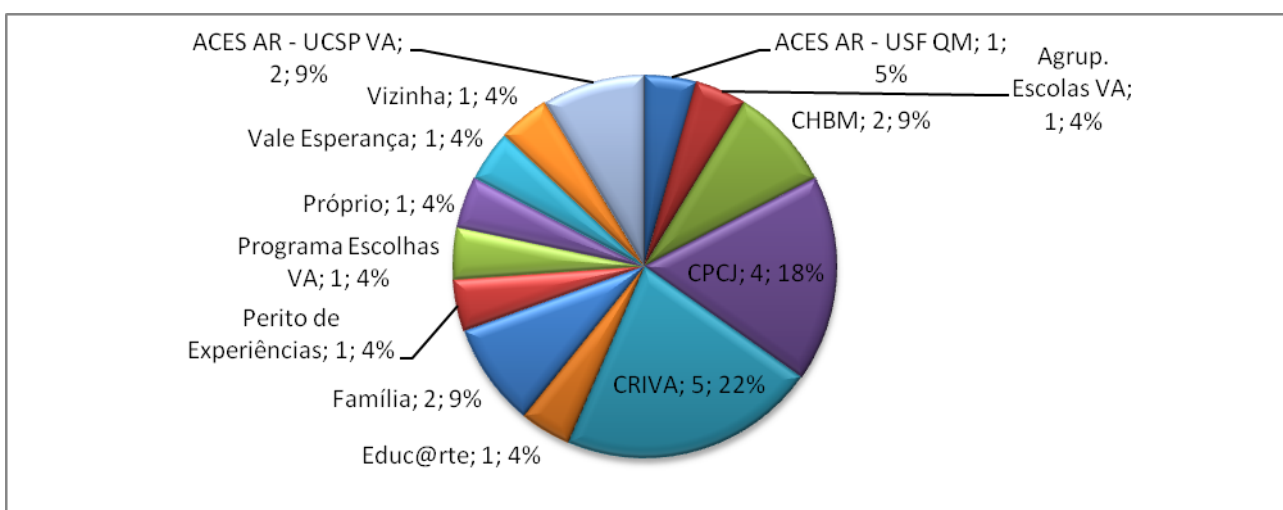


Gráfico 20 - Distribuição de indivíduos por sexo (amostra)

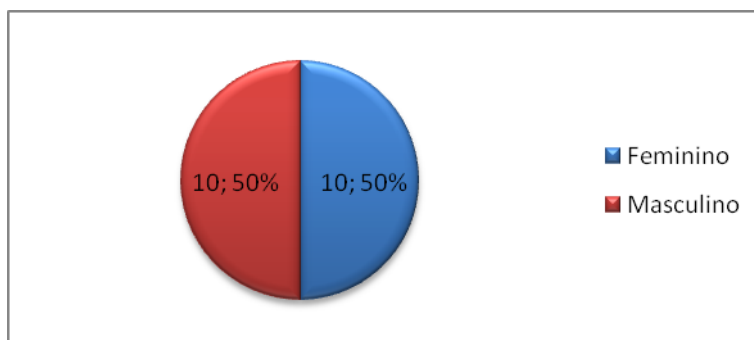


Gráfico 21 - Distribuição de indivíduos por nacionalidade (amostra)

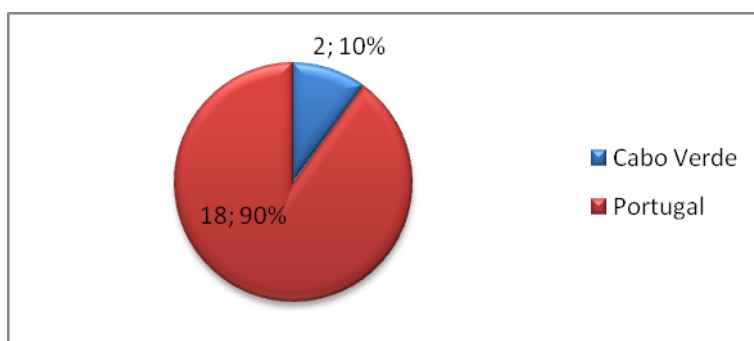


Gráfico 22 - Distribuição de indivíduos por naturalidade (amostra)

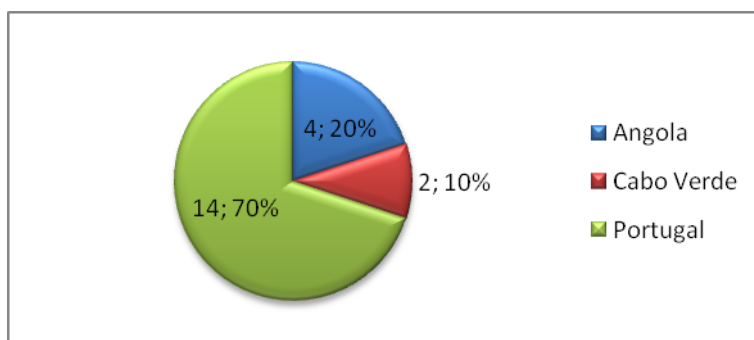


Gráfico 23 - Distribuição de indivíduos por local de inscrição (amostra)

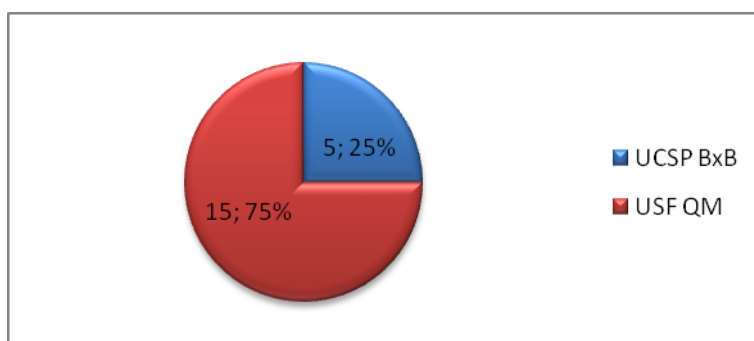


Gráfico 24 - Distribuição de indivíduos por data da última consulta (amostra)

