

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



Curso de Mestrado em Enfermagem

- Área de Especialização em Enfermagem Comunitária -

Relatório de Intervenção Comunitária

**PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS PARA
A PREVENÇÃO DE MANIFESTAÇÕES
ALÉRGICAS E RESPIRATÓRIAS**

Selma Alexandra Teixeira Carrilho

Lisboa

Janeiro, 2014



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESTÁGIO COM RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

**PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS PARA A PREVENÇÃO DE
MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS E RESPIRATÓRIAS**

Discente: Selma Alexandra Teixeira Carrilho

Docente orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado Sousa

Lisboa

Janeiro, 2014

“Será a nossa abertura ao mundo e capacidade de procurar as fontes de informação mais diversas, que podem tornar viva a utilização da informação”

Collière (1999)

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado do esforço, empenho e dedicação, que só foi possível com a colaboração de muitas pessoas, as quais não poderei citar na sua totalidade para não correr o risco de delatar a importância que cada uma teve neste longo percurso. Contudo, existem pessoas que estiveram sempre presentes neste processo de crescimento pessoal e intelectual, que não poderão passar pelo anonimato.

Assim, agradeço a todas as crianças, encarregados de educação, professores e auxiliares de ação educativa a disponibilidade em participarem neste trabalho e tornarem-no possível.

Ao professor José Edmundo Sousa, orientador deste trabalho científico, com grande mestria e sabedoria, desde o início até ao fim ensinou-me, orientou-me e também escutou-me nos momentos em que mais precisei, fazendo os possíveis e impossíveis para que este sonho não ficasse a meio, confiando sempre que seria capaz, com grande exigência e qualidade.

À Enfermeira Maria do Céu Gonçalves que me acolheu carinhosamente e possibilitou a realização deste trabalho, contribuindo sempre com os seus conhecimentos sábios.

À Enfermeira Cristina Saraiva, afável e sempre interessada em me ajudar, sem ela o meu caminho encontraria muitos mais obstáculos.

À Enfermeira Chefe de serviço Helena Henriques, assim como as minhas colegas e amigas Helena e Susana, por facilitarem e possibilitarem a permanência nas aulas e estágios, não descurando as suas palavras de apoio e conforto.

Não posso esquecer as amigas que mantive, mas também não posso descurar aquelas que conquistei. Elisabete e Paula obrigada pelo companheirismo, apoio, ajuda e por terem feito jus ao verdadeiro significado de amigas.

Aos meus pais e familiares que acreditaram que eu era capaz e compreenderam a minha ausência e as alterações de humor.

Ao meu marido e amigo "Quim", foi o meu maior suporte afetivo, aquele que sempre limpou as minhas lágrimas quando pensava que não era capaz, incentivou-me e aconselhou-me com assertividade, sentindo orgulho na minha pessoa.

Agradeço a todos aqueles que ficaram aqui anónimos, pelo seu contributo direto e indireto na execução deste trabalho, a todos eles o meu muito obrigada.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf^a – Enfermeira

Eps – Educação para a Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISSAC - *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood*

n^o - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – página

PNAAS – Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde

PNDR – Plano Nacional das Doenças Respiratórias

PNSE – Plano Nacional de saúde escolar

PS – Promoção da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

O ambiente e a saúde estão interligados e as constantes alterações ambientais têm algum impacto na saúde, fomentado a necessidade de intervir. As crianças são um grupo suscetível, pelo que aumenta a responsabilidade e necessidade de averiguar os fatores prejudiciais a fim de os minimizar. Este estudo teve como objetivo incrementar estratégias de promoção de ambientes saudáveis na criança em idade escolar para melhorar o autocuidado na prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

A Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem serviu de modelo conceptual de referência para a conceção deste relatório. Utilizou-se a Metodologia do Planeamento em Saúde e como instrumentos de recolha de dados o questionário adaptado do *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) e o formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Saúde.

Aplicou-se a técnica de amostragem não probabilística por conveniência e constituiu-se uma amostra de 44 crianças em idade escolar, 29 eram do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Os principais fatores de risco propícios para o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias obtidos foram: peso médio à nascença, tempo de gestação, aleitamento materno e amamentação sem adição de outros alimentos e sumos. No formulário analisou-se o item de Higiene e Saúde, constatando-se *média gravidade* no que concerne ao pavimento exterior, às más condições de higiene e/ou de conservação, aos revestimentos das coberturas do edifício escolar, presença de cortinas. A humidade é identificada como *elevada gravidade*. Com estes resultados interviu-se ao nível dos défices de conhecimentos sobre o ambiente e controlo de alérgenos, promovendo o autocuidado e cimentando o que é advogado nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública para a contribuição do processo de capacitação de grupos e comunidades, (OE, 2011).

Palavras-chave: enfermagem comunitária, planeamento em saúde, ambiente, saúde, autocuidado.

ABSTRACT

Environment and health are interconnected and constant environmental changes have impact on health which stimulates the need to intervene. Children are a susceptible group, which increases the responsibility and the requirement to ascertain and minimize harmful factors. This study aimed to increase strategies that promote healthy environments in school-age children in order to improve self-care in the prevention of allergic and respiratory symptoms.

The Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory was used as a reference conceptual model for the elaboration of this report. It was used the Healthcare Planning Methodology, and as instruments for data collection were used both the adapted questionnaire of the *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC) and the evaluation form of safety conditions, hygiene and health of educational establishments of the Ministry of Health.

It was applied the non-probability convenience sampling technique and was used a sample of 44 school-age children, in which 29 were male and 18 female. The main risk factors conducive to the emergence of allergic and respiratory symptoms were: average weight at birth, gestational age, breastfeeding and breastfeeding without the addition of other nutriment and juices. In the questionnaire it was examined the item Hygiene and Health, and it was observed *medium severity* concerning to the exterior pavement, poor hygiene conditions and/or conservation of school building coating, presence of curtains. Humidity was identified as *high severity* fator. Based on these results the intervention was focused on the deficit of knowledge on the environment and allergen control, promotion the self-care and fortifying the skills of nurse specialist in community health nursing and public health, in order to contribute to the empowerment of groups and communities process (OE, 2011).

Keywords: community health nursing, health planning, environment, health, self-care.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	13
Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Ambiente e Saúde	15
1.2. Promoção da Saúde	20
1.3. Promoção da Saúde em meio Escolar	22
1.4. Teorias do desenvolvimento da criança	25
1.5. Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem	28
1.6. Método de Emporwement	30
Capítulo II - METODOLOGIA	32
2.1. Diagnóstico de Situação	32
2.1.1. Contextualização do local de intervenção	34
2.1.2. População e Amostra	34
2.1.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados	35
2.1.4. Questões Éticas	35
2.1.5. Apresentação e análise dos dados	36
2.1.6. Diagnósticos de Enfermagem	42
2.1.7. Limitações do estudo	42
2.2. Determinação de Prioridades	43
2.3. Fixação de Objetivos	46
2.4. Seleção de Estratégias	47
2.5. Preparação operacional - programação	48

2.6. Avaliação	55
Capítulo III - CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	74
APÊNDICES	96

ÍNDICE ANEXOS

Anexo I – Questionário adaptado do *Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood* (ISAAC)

Anexo II – Formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Saúde

Anexo III – Relatório de Avaliação das condições de segurança, higiene e saúde do estabelecimento de ensino

Anexo IV – Grelha de análise

ÍNDICE APÊNDICES

Apêndice I – Caracterização do ACES de Almada

Apêndice II – Pedido de autorização de realização de estágio

Apêndice III – Pedido de autorização para nomear no projeto de estágio nome da instituição e respetivas unidades funcionais

Apêndice IV – Pedido de autorização ao conselho diretivo do agrupamento de escolas para a realização da colheita de dados

Apêndice V - Consentimento Informado

Apêndice VI - Pedido de autorização de utilização do questionário ISAAC Fase III ao coordenador Prof. Dr. Rosado Pinto

Apêndice VII – Cronograma

Apêndice VIII – Apresentação da sessão de informação à equipa da UCC

Apêndice IX – Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 2º ano

Apêndice X – Apresentação da sessão de educação para a saúde às crianças do 2ºano.

Apêndice XI - Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 3º ano

Apêndice XII - Apresentação da sessão de educação para a saúde às crianças do 3ºano.

Apêndice XIII - Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 1º ano

Apêndice XIV – Desenhos elaborados na sessão de educação para a saúde com as crianças do 1º ano

Apêndice XV - Plano de sessão de educação para a saúde às crianças do 4º ano

Apêndice XVI – Fotografias das crianças do 4º ano a realizarem a sessão de educação para a saúde.

Apêndice XVII - Folheto informativo

Apêndice XVIII – Apresentação da sessão de educação para a saúde planeada para os encarregados de educação

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade das crianças da amostra

Gráfico nº2 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade das mães das crianças da amostra

Gráfico nº3 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade dos pais das crianças da amostra

Gráfico nº 4 – Distribuição da amostra segundo os níveis de escolaridade dos pais das crianças da amostra

ÍNDICE QUADROS

Quadro nº1 – Tratamento dos dados obtidos no questionário adaptado do ISAAC

Quadro nº2 – Caracterização do grupo de juízes

Quadro nº3 – Priorização dos problemas segundo a grelha de análise

Quadro nº4 – Resultado dos indicadores de atividade

Quadro nº5 – Resultado dos indicadores de impacto

ÍNDICE TABELAS

Tabela nº1 – Comparação das populações inquiridas que declararam que já tiveram pieira, asma, rinite ou eczema (6-7 anos)

Tabela nº2 – Distribuição da amostra segundo as nacionalidades dos pais das crianças da amostra

Tabela nº3 – Distribuição da amostra segundo os fatores de risco propícios para o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias.

Tabela nº4 – Fatores de risco para o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias

INTRODUÇÃO

Segundo a Comissão das comunidades europeias (2003), têm-se verificado o aumento da incidência de asma e alergias, reforçando que as crianças são dos estratos populacionais mais vulneráveis e susceptíveis aos agentes ambientais. Estas por passarem uma sucessão de fases de desenvolvimento, a sua vulnerabilidade é impulsionadora para a adoção de ações especificamente dirigidas a este grupo populacional, a fim de diminuir o impacto das doenças infantis relacionadas com o ambiente.

Face a esta problemática, é essencial que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública centre os seus cuidados na promoção e educação para a saúde deste grupo de forma a prevenir o aparecimento de complicações associadas ao ambiente. Assim, a promoção da saúde exercida pelo enfermeiro deve incluir principalmente as ações destinadas a abordar todos os determinantes de saúde potencialmente modificáveis, não apenas aquelas relacionadas com as ações dos indivíduos, como os comportamentos e estilos de vida saudáveis, mas também com determinantes tais como a educação e ambientes físicos, aprimorando assim as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, (OE, 2011).

Segundo o Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2010, do Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal I – Almada, “*são acarinhadas as estratégias de promoção de saúde, proteção da saúde e prevenção primária da doença aguda e crónica, cientes da imbatível relação custo-efetividade destas medidas na melhoria do nível de saúde das populações*”, (Ministério da Saúde, 2010), assim para a promoção de ambientes saudáveis a fim de prevenir manifestações alérgicas e respiratórias das crianças em idade escolar da Escola da Trafaria nº1, procedeu-se à elaboração de um projeto sustentado no processo de planeamento em saúde descrito por Tavares (1990), com o objetivo de incrementar estratégias de promoção de ambientes saudáveis na criança em idade escolar para melhorar o autocuidado na prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica e sitiográfica em teses, revistas, artigos, decretos de lei, com o intuito de realizar uma ampla abordagem do tema abordado. Este relatório foi redigido segundo o novo Acordo Ortográfico e utilizou-se a norma APA.

No que diz respeito à organização estrutural deste trabalho, este encontra-se estruturado em três partes principais. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, no qual são abordados os conceitos de ambiente e saúde, promoção da saúde, promoção da saúde em meio escolar, teorias do desenvolvimento da criança, ancorado à teoria do déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e método de Emporwerment.

A segunda parte corresponde à metodologia do projeto, na qual está descrito o diagnóstico de situação, a definição de prioridades e elaboração dos diagnósticos de enfermagem, assim como, a fixação de objetivos, delineamento de estratégias, preparação operacional - programação e avaliação do mesmo.

A última parte expõe as principais conclusões do projeto, incluindo uma breve reflexão sobre as competências adquiridas e as limitações do mesmo.

Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Ambiente e Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o meio ambiente como tudo o que é externo ao ser humano, podendo ser dividido em físico, biológico, cultural e social, sendo que qualquer um ou todos podem interferir no estado de saúde da população (OMS, 1995). Por conseguinte, saúde é “o estado completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, (OMS, 1978). No ano de 1993, na Conferência de Sofia emerge o conceito de Saúde Ambiental, e foi definido como todos os aspetos da saúde humana, incluindo a qualidade de vida, que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente. Também se refere à teoria e prática de valorar, corrigir, controlar e evitar aqueles fatores do meio ambiente que, potencialmente, possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras, (OMS, 1993). Assim, a proteção do ambiente e da saúde constitui um dos maiores desafios que se colocam à sociedade moderna, verificando-se uma correlação evidente entre ambiente e saúde, tornando-se necessária uma melhor compreensão das relações causa - efeito entre os fatores ambientais e os respetivos efeitos na saúde humana, (Decreto de Lei n.º 107 de 4 de junho, 2008).

Borrego (2008) refere que, sendo as relações entre ambiente e saúde muito complexas, é necessária uma abordagem integrada e multidisciplinar que considere vários aspetos, nomeadamente a exposição humana por via inalatória, ingestão, contacto e irradiação. Adita ainda que existem diversos tipos de impactos sobre a saúde e que cada poluente pode ter mais do que um efeito. Os impactos nocivos dos fatores ambientais sobre a saúde resultam de combinações variáveis de predisposição genética, estilo de vida, fatores socioeconómicos e culturais, localização geográfica, clima e exposição a pressões ambientais.

A OMS (2006) no documento “Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease” coloca em evidência o

significativo impacto do ambiente na saúde humana, estimando que 24% do “peso” global da doença e 23% de todas as mortes podem ser atribuídas a fatores ambientais. Todavia, a interação entre o ambiente e a saúde é complexa e tem sido dada pouca atenção à sinergia entre os diferentes poluentes nos organismos e no ambiente, uma vez que a exposição a um conjunto complexo de fatores de risco no ar, na água ou nos alimentos, pode ter consequências no estado de saúde das populações, (Decreto de Lei n.º 107 de 4 de junho, 2008).

As alterações ambientais, associadas às mudanças sociais e económicas têm tido importantes repercussões na saúde, colocando à comunidade científica e aos Governos, em particular, novos desafios. Estes impõem a melhoria do desempenho dos sistemas dos setores do ambiente e da saúde, designadamente pelo reforço da colaboração intersectorial e pela consolidação de parcerias que visem melhores políticas de prevenção, controlo e redução de riscos para a saúde com origem em fatores ambientais, (Vilão, 2010).

Segundo a OMS (2012), os riscos ambientais são responsáveis por um quarto total das doenças a nível mundial, sendo que um terço dessa carga é nas crianças. Dentro dessas doenças, estão as manifestações respiratórias e alérgicas. As manifestações alérgicas têm origem numa reação excessiva e inadequada do sistema imunitário aos antigénios. Estas respostas de hipersensibilidade são exageradas e causam doença (Corrigan & Rak, 2004), representando o quinto grupo de doenças crónicas mais frequentes em Portugal e nos países desenvolvidos, afetando 35-40% da população e considerada uma das “epidemias” da civilização moderna, (Ferreira, 2011). Os alérgenos podem entrar em contato com o organismo por via alimentar ou inalatória (aeroalergénios), sendo os aeroalergénios mais comuns em Portugal os ácaros do pó doméstico e de armazenamento, pólen de árvores e ervas, epitélio de cão e gato, fungos e látex, (Ferreira, 2011).

A sensibilidade aos alergénios constitui um fator de risco importante para o aparecimento de manifestações respiratórias, nomeadamente a asma. A asma é uma doença inflamatória crónica das vias respiratórias mais frequentes na criança e jovem, e geralmente está associada a uma hiper-reatividade das vias aéreas e de

uma obstrução variável do fluxo de ar, que habitualmente é reversível espontaneamente ou mediante tratamento. Esta costuma estar associada à rinite (uma inflamação da mucosa nasal), (Agência Portuguesa do Ambiente, 2010)

Para determinar a prevalência de asma e alergias na criança, foram utilizados em estudos epidemiológicos questionários sobre sintomatologia respiratória. Destaca-se o Estudo Internacional de Asma e Alergias na Infância (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood* - ISAAC) que foi pioneiro na aplicação de questionários padronizados com o intuito de estudar esta problemática. Portugal no ano de 1993 aderiu a este estudo numa primeira fase, em cinco áreas: Lisboa, Coimbra, Porto, Portimão e Funchal, inquirindo crianças dos 13 aos 14 anos. Em três desses centros, nomeadamente Lisboa, Portimão e Funchal, foram inquiridas crianças dos 6 aos 7 anos de idade. (Pegas *et al*, 2011) Numa terceira fase deste estudo em 2002, comparou-se os resultados obtidos do ISAAC em 1993 e 2002 a nível nacional (**tabela nº1**).

Tabela nº1 – Comparação das populações inquiridas que declararam que já tiveram pieira, asma, rinite ou eczema (6-7 anos).

Manifestações apresentadas	Nº (1995)	% (1995)	Nº (2002)	% (2002)	Valor p
Pieira	1420	28.2	1512	28.1	0.936
Asma	552	11.0	505	9.4	0.008*
Crise espirros, pingo nariz ...	1198	23.8	1565	29.1	<0.001*
Febre dos fenos	368	7.3	227	4.2	<0.001*
Lesões na pele, com comichões	938	18.6	1129	21.0	0.0024*
Eczema	562	11.2	758	14.1	<0.001*

* Diferenças significativas

Fonte: Almeida, M. (2011:43). ISAAC – 20 anos em Portugal. *Ata Pediátrica Portuguesa*

Estas manifestações, alérgicas e respiratórias, constituem um grave problema de saúde pública que poderiam ser evitadas com a promoção de ambientes favoráveis à saúde, (OMS, 2008). Entende-se como ambientes favoráveis os aspetos físicos e sociais de contorno, que alcançam o espaço em que as pessoas vivem: a comunidade, as casas, os locais de trabalho e de lazer, englobando as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão, (OMS, 1991).

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall (OMS, 1991) salientou a necessidade da criação de ambientes favoráveis à saúde como proposta prática para ações de saúde pública ao nível local, com a definição de atividades de saúde que permitiam o envolvimento e o controle da comunidade. Identificaram-se estratégias fundamentais para a ação em saúde pública, visando promover a criação de ambientes favoráveis ao nível da comunidade tais como a capacitação da comunidade e dos indivíduos para ganharem maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão; construção de alianças para a saúde e os ambientes favoráveis, de forma a reforçar a cooperação entre as campanhas e estratégias nas áreas da saúde e do ambiente.

A pertinência do impacto ambiental na saúde sobrevém a necessidade de implementação de políticas de saúde. Segundo a lei de bases da saúde aprovado pelo decreto de lei nº48/90, de 24 de agosto (1990), a política de saúde é de âmbito nacional e tem em consideração várias diretrizes, evidenciando-se a promoção da saúde e prevenção da doença, igualdade dos cidadãos ao acesso dos cuidados de saúde, e a necessidade de tomar medidas especiais nos grupos de maior risco, tais como as crianças, adolescentes, grávidas e idosos.

As políticas públicas saudáveis são caracterizadas por uma preocupação explícita com a saúde e equidade, em todas as áreas, e por uma responsabilidade no que respeita ao impacto na saúde, (OMS, 1998).

A Lei de bases da Saúde (Decreto de Lei n.º 48/90 de 24 de agosto, 1990) refere que na Política de Saúde é incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando os indivíduos e os grupos sociais a modificarem os comportamentos nocivos à saúde pública ou individual. As políticas de saúde pública são esforços organizados para beneficiar o estado de saúde de uma população, podendo ser políticas globais ou específicas para o Sistema de Saúde.

A OMS reconhece a importância das questões de Ambiente e Saúde e tem realizado várias iniciativas. De entre os inúmeros Programas e Projetos desenvolvidos, salientam-se cinco pela sua interligação entre os fatores ambientais e as questões de saúde humana: *Public Health and Environment (PHE)*; *Environment and Health Information System (ENHIS)*; *Health and Environment Linkages Initiative (HELI)*; *Environmental Health in Emergencies*; e *Children's Environmental Health (CEH)*. Destaca-se ainda o *Global Health Observatory (GHO)* que engloba o tema "Saúde Pública e o Ambiente", colocando especial enfoque na exposição humana e no peso (*burden*) da doença associado a fatores de risco ambientais, (Agência portuguesa do Ambiente, 2012).

A nível nacional foram implementadas várias políticas de saúde no âmbito desta temática, destacando-se o Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (PNAAS) e o Plano Nacional das Doenças Respiratórias (PNDR).

O PNAAS foi aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, de 4 de junho, e visa melhorar a eficácia das políticas de prevenção, controlo e redução de riscos para a saúde com origem em fatores ambientais, promovendo a integração do conhecimento e a inovação e, desta forma, contribuir também para o desenvolvimento económico e social do país, (Decreto de Lei n.º 107 de 4 de junho, 2008).

O PNDR foi criado no âmbito do Despacho nº 404/2012 do DR nº 10 2ª série de 13 de janeiro de 2012, que determina este como sendo um programa de saúde prioritário a ser desenvolvido pela Direção Geral de Saúde. As orientações programáticas descrevem que, em Portugal, as doenças respiratórias continuam a

ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, ao contrário do que acontece com outras patologias, (Decreto de Lei n.º 404 de 13 de junho, 2012). O PNDR aponta ainda como áreas chave de intervenção as patologias transversais (as alergias), a pediatria, o ambiente, a promoção de boas práticas da qualidade e segurança e ainda a vigilância epidemiológica, monitorização e análise de indicadores, (DGS, 2012), o que vai de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no que respeita à realização e cooperação da vigilância epidemiológica, uma vez que esta constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde – doença, onde lhe compete a participação nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental, (OE, 2010). Similarmente, o Plano de Atividades do ACES de Almada, onde foi implementado o projeto, refere que parte da sua atuação é na prevenção e vigilância de complicações da doença aguda e crónica, na vigilância epidemiológica das doenças e fatores de risco ambientais, (Ministério da Saúde, 2011a).

1.2. Promoção da Saúde

Em parceria com o cliente/ cidadão, o enfermeiro procura ao longo do ciclo vital promover a saúde, prevenir a doença e promover processos de readaptação e adaptação funcional aos deficits, com o intuito de obter a máxima independência na realização das atividades de vida e satisfação das necessidades, sendo que estes cuidados são garantidos pelo enfermeiro especialista que detêm competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível maior complexidade, (Rocha, 2011). Este partilha um grupo de domínios, considerados competências comuns que envolvem as dimensões de educação, de orientação e aconselhamento dos clientes e dos pares, (OE, 2010).

Carvalho & Carvalho (2006) referem que o programa nacional de saúde, de acordo com as recomendações da OMS, dá indicações claras de valorização de uma

política de cuidados de saúde orientados para a prevenção da doença e promoção da saúde, dando ênfase às estratégias de educação para a saúde.

Assim, tornou-se essencial compreender os conceitos de promoção da saúde e educação para a saúde.

A promoção de saúde é definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986) como sendo um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, pressupondo o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Segundo a Declaração de Jacarta, a promoção de saúde é um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde, sendo um processo que possibilita às pessoas um maior controlo sobre a sua saúde, e melhorá-la. Este processo mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes de saúde com o intuito de beneficiar os povos, contribuindo de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, assegurando os direitos humanos e para a formação do capital social, (OMS, 1997).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011 – 2016 menciona que “A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas (Jakarta Declaration, WHO 1997) e da interação complexa de determinantes biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (Dahlgren G, Whitehead M, 1991) pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve todos os setores.” “As desigualdades em saúde estão fortemente associadas a determinantes sociais (WHO, 2010; Marmot, 2007): nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde”, (Ministério da Saúde, 2011b).

A Carta de Alma Ata (OMS,1978), aludia que os cuidados primários de saúde incluíam pelo menos a educação direcionada aos problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle. Entende-se como prevenção um conjunto de medidas para evitar o aparecimento de uma doença, lesão ou incapacidade. Existem 3 níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Salienta-se para este estudo a prevenção primária que se destina a indivíduos e grupos suscetíveis à doença sem

patologia detetada. Este nível engloba esforços abrangentes, tais como proteção ambiental e proteção específica, (Stanhope & Lancaster, 2011). A prevenção primária inclui estratégias passivas e ativas de promoção da saúde.

Assim, a promoção da saúde e prevenção da doença assume a sua relevância na intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública uma vez que este “ (...) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequado às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde”, (OE, 2010).

Dias, Duque, Silva e Durá (2004) apontam como componente básico no processo da promoção da saúde a educação para a saúde, apresentando-a como uma estratégia daquele processo.

1.3. Promoção da saúde em meio escolar

Pereira (2011) salienta que a promoção de conhecimentos e práticas de saúde em conjunto com escola passam a ser agentes de transformação, tendo em consideração os aspetos físicos, socioeconómicos e culturais. Pelo fato da prática profissional dos Enfermeiros estar relacionada com o apoio e contato com as pessoas e comunidades e a sua experiência educativa estar inerente à arte de cuidar, o enfermeiro encontra-se bem posicionado para garantir a eficácia da educação para a saúde, dado que muitas das atividades de saúde escolar são desenvolvidas por enfermeiros de cuidados de saúde primários, daí ser fundamental compreender a importância da educação no contexto escolar.

No âmbito do protocolo estabelecido entre os Ministérios da Educação e Ministério da Saúde - Despacho nº 25995/2005 (2ª série), Despacho nº 2506/2007 e Despacho nº 12 045 / 2006 (2ª série) foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que delibera que a Educação para a saúde deve ser considerada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino e integrar no Projeto Educativo da Escola, (DGS, 2006)

Em Portugal a Saúde Escolar iniciou-se no ano de 1991 e no decorrer da sua história sofreu muitas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes. No ano de 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionada para atividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra. Entre os anos de 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiam responsabilidades no âmbito da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objetivos, porém com metodologias diferentes. Desde 2002 que o Ministério da Saúde tem a tutela da Saúde Escolar, competindo a sua implementação aos Centros de Saúde. (DGS, 2006)

No contexto da intervenção de Educação e Saúde Escolar, as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis são: alimentação saudável e atividade física; educação para o consumo, saúde sexual e reprodutiva, sexualidades e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do consumo de substâncias psicoativas, promoção da segurança e prevenção de acidentes, prevenção da violência escolar e do *bullying*, ambiente e saúde. No contexto da intervenção de Saúde Escolar, as atividades de apoio à promoção de um ambiente seguro e saudável deverão ser dirigidas para envolver os jovens nos projetos de Educação para o Ambiente e a Saúde, devendo ser realizada uma abordagem holística com o intuito de aumentar o bem-estar e redução do risco de doença nas crianças e adolescentes, (DGS, 2006).

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006) estão direcionadas para a melhoria da saúde das crianças e dos jovens, bem como da restante comunidade educativa, propondo atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em Promoção da saúde, destacando-se o papel ativo das equipas de saúde escolar na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e longo prazo, da população portuguesa.

Nas escolas, o trabalho de Promoção da saúde com os alunos tem como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam o princípio básico da promoção da saúde - uma atitude permanente de *empowerment*, (DGS, 2006). O enfermeiro contribui para a integração da Educação para a saúde onde engloba assuntos de interesse dos alunos, colaborando assim com as escolas e estabelecendo um ponto de ligação entre as instituições de saúde e as escolas, este por sua vez deve ter conhecimentos sobre técnicas de transmissão de conhecimentos na idade pediátrica.

Macedo (2009) refere que “ o processo educativo existe desde os primórdios da civilização sendo que surgiu a pedagogia como linha de aprendizagem”, e a educação tem um valor importante no desenvolvimento humano. Ghiraldelli (1991) citado por Macedo (2009) diz que a pedagogia está diretamente ligada ao ato de condução do saber com o seu enfoque nos meios, nas formas e nas maneiras de levar a criança ao conhecimento.

A pedagogia desenvolveu-se ligada à filosofia, elaborada em função da ética que conduz a atividade educativa, num sentido empírico, esta é assente na formação para a vida, reforçando o aspeto metodológico presente na origem da pedagogia como meio e caminho para a condução da criança, (Saviani, 2007). O mesmo autor reforça que, a pedagogia desenvolveu uma relação intimista com a prática educativa o que constituiu a teoria ou ciência dessa prática sendo que em determinados contextos, esta é identificada com o próprio modo intencional de realizar a educação.

Subjacente às práticas de educação para a saúde, estão os modelos, que servem como guias de orientação em todo o processo. A eficácia das suas atividades dependem de muitos fatores que, devido à sua complexidade são difíceis de analisar, designadamente as múltiplas disciplinas que contribuem para a constituição da educação para a saúde, (Silva, 2008). Paralelamente, ao enfermeiro especialista

em enfermagem de saúde comunitária, incube-lhe as competências de mobilização e integração de conhecimentos das áreas das ciências de comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades (OE, 2010a) e daí a necessidade de compreender, interiorizar e utilizar os mesmos para atingir a excelência dos cuidados prestados à criança.

1.4. Teorias do Desenvolvimento da Criança

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolve um trabalho primordial na promoção da saúde e prevenção da doença, proporcionando aos indivíduos uma maior proximidade com o sistema nacional de saúde, indo ao seu encontro, onde vive, trabalha ou estuda. Assim, para aplicar a estratégia de educação para a saúde com recurso à pedagogia, tornou-se necessário compreender o desenvolvimento das crianças, com recurso às teorias de desenvolvimento.

Existem várias teorias sobre o desenvolvimento da criança, neste estudo optou-se por utilizar a teoria do desenvolvimento de Piaget, uma vez que esta teoria assenta na compreensão do desenvolvimento cognitivo, (Carrondo, 2006). Também, “de um modo geral verifica-se uma grande aceitação dos pressupostos piagetianos, considerando-se a universalidade das estruturas do pensamento (...) regularidades significativas, traços estáveis e homogeneidade de categorias”, (Borges, 1987). A teoria do desenvolvimento de Piaget depende de diversos conceitos fundamentais, tendo ele uma formação originalmente biológica, Piaget sugere que no funcionamento intelectual e biológico do homem, há dois processos: a adaptação e a organização. Para Piaget, o homem organiza as suas experiências e adapta-se ao que experimentou, no fundo a adaptação é um processo de ajustamento ao meio ambiente. Dentro do processo de adaptação a teoria de Piaget é subdividida em dois aspetos que o mesmo incute grande importância: a assimilação e a acomodação. A assimilação trata-se de um processo de ingestão e de incorporação de acontecimentos e experiências nas suas estratégias e sistemas já existentes. Por conseguinte, a acomodação é o processo complementar, adapta o corpo em

concordância com o que foi incorporado. A essência da teoria de Piaget é que a natureza do homem funciona para se organizar e adaptar, quer física ou mentalmente, assim como biológica ou intelectualmente, (Bee, 1977)

Piaget (1967) citado por Ferracioli (1999), afirma que o desenvolvimento mental do indivíduo desde o nascimento até à idade adulta, constitui um processo contínuo de construção de estruturas variáveis, que ao lado de características que são constantes e comuns a todas as idades, refletem o seu grau de desenvolvimento intelectual. Estas mesmas estruturas variáveis são maneiras de organizar mentalmente as atividades e englobam aspetos motores, intelectuais e afetivos, numa dimensão individual ou social.

A partir da integração de sucessivas estruturas, Jean Piaget definiu um conjunto de etapas características, chamadas estádios ou períodos de desenvolvimento: Sensório-Motor (até aos 2 anos de idade), Pré-Operatório (2 a 7 - 8 anos), Operações Concretas (7 – 8 anos a 11 – 12 anos) e Operações Formais (a partir dos 12 anos).

A maioria dos autores que se dedicam ao estudo do desenvolvimento da criança define determinados períodos ou etapas, em função de limites etários variáveis de criança para criança, mas que integram momentos importantes do desenvolvimento, comuns à maioria das crianças: período pré-natal e lactente, idade pré-escolar, idade escolar e adolescência, (Carrondo, 2006).

“A criança em idade escolar têm maior probabilidade de ser responsável pela escolha de um estilo de vida saudável se participar em atividades de educação para a saúde” (Stanhope e Lancaster, 2011:634) O estágio de desenvolvimento das crianças em idade escolar compreende o período de vida que vai dos seis até aproximadamente os doze anos e começa com o ingresso numa esfera mais ampla de influências, representada pelo ambiente escolar, o qual exerce um impacto significativo no desenvolvimento e nos relacionamentos da criança. A expressão “idade das turmas” escreve a associação da criança com companheiros da sua idade e a aquisição da cultura própria da idade escolar. Com os grupos de pares, a criança estabelece os primeiros relacionamentos estreitos fora do seu grupo familiar,

(Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006). Segundo Jean Piaget este período é enquadrado no estágio das operações concretas. São menos egocêntricas e são capazes de usar operações mentais para resolver problemas concretos porque são capazes de pensar logicamente. Têm em consideração múltiplos aspectos de uma situação, em vez de se concentrarem num único aspecto, (Papalia, Olds & Feldman 2001). Conforme Hockenberry e tal (2006) estas crianças adquirem capacidades de utilização de processos de pensamento para experimentar eventos e ações e fazem julgamentos baseados naquilo que raciocinam, (Papalia Olds & Feldman, 2001).

Os processos cognitivos tem uma grande relevância no desenvolvimento da criança, mas a observação por parte desta em relação aos comportamentos dos outros leva-a a descobrir formas de recombinação dos elementos já existentes no seu próprio repertório, alertando para o processo de interiorização dos valores parentais e sociais envolvidos neste processo, (Borges, 1987). Assim, a utilização da teoria da aprendizagem de Albert Bandura ser um alicerce na educação para a saúde.

Bandura (1987) sublinhou as importâncias dos fatores cognitivos e sociais desenvolvendo a teoria de aprendizagem social. Esta teoria é designada de aprendizagem social porque é baseada no que a criança aprende na interação com o seu meio e na observação dos outros. O mesmo defendia que as ligações entre as pessoas, os comportamentos e os ambientes são bidirecionais em que uma criança pode influenciar o seu ambiente por meio da sua própria conduta. Nesta teoria, a aprendizagem social é também referida como aprendizagem por imitação ou observação, (Da Fonseca, 2005).

Segundo Da Fonseca (2005) a imitação é fulcral e essencial na transmissão de experiência, o seu poder ecocinético é extraordinário e muito flexível, o seu poder de assimilação da experiência alheia baseada em representações mentais multifacetada constitui uma das características mais relevantes da evolução da espécie humana. Com ela, a transmissão da experiência é garantida e perpetuada, na medida em sintetiza não uma cópia do modelo social, mas sim uma reconstrução individual daquilo que é observado nos outros, pois trata-se da criação de algo novo, uma oportunidade da criança realizar ações que estão para

além das suas próprias capacidades, o que contribuirá para o seu próprio desenvolvimento.

A imitação ou observação era considerada como uma conduta não criativa, portanto não inteligente e pouco digna de interesse. Esta tal conceção esquecia das grandes vantagens que a observação oferece principalmente ao nível da aprendizagem. A aprendizagem observacional não poderia acontecer se não houvesse um processo cognitivo, isto é, ela permite que as crianças pequenas aprendam rápido, em uma variedade de ambientes em que os seus modelos procuram os seus próprios interesses e não lhes tentam ensinar nada.

Na Teoria Social de Bandura definiu-se quatro fases do processo de aprendizagem: aquisição, retenção, desempenho e consequência.

Na aquisição a criança observa o modelo e reconhece as características peculiares da sua conduta; na retenção as respostas do modelo são ativamente armazenadas na memória; no desempenho a criança aceita o comportamento do modelo como apropriado e possível de levar as consequências por ele valorizado, o aprendendo e reproduzindo; na consequência a conduta da criança resulta nas respostas que virão fortalece-las ou enfraquece-las.

1.5. Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem

Neste estudo optou-se por utilizar a teoria de Défice de Autocuidado de Orem, tendo em conta que uma teoria é utilizada para orientar a investigação, propondo conhecimentos geralmente estabelecidos que facilitem a abordagem de um problema de investigação, (Fortin,1990)

Dorothea Orem desenvolveu o conceito de enfermagem de “autocuidado”, referindo que “quando capazes, os indivíduos cuidam de si mesmos. Quando uma pessoa não consegue autocuidar-se, o enfermeiro oferece ajuda” (Orem 1985). A autora desenvolveu o seu conceito em várias publicações, inicialmente focalizou-se no

indivíduo, e posteriormente incluiu as unidades multipessoais, tais como as famílias, grupos e comunidades. Posteriormente, Orem apresentou a sua teoria geral de enfermagem construída por três constructos teóricos: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, ambas inter-relacionadas.

A teoria de autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, assim como os requisitos para o autocuidado. O autocuidado é definido por Orem (1991) como sendo uma prática de atividades executada pelos indivíduos para o seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, contribuindo para a integridade da estrutura humana, funcionamento e desenvolvimento da pessoa. Contudo, existem fatores que condicionam a capacidade do indivíduo para o autocuidado designadamente o estágio de desenvolvimento, a idade, a experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e os recursos que tem disponíveis. Por exemplo, os lactentes, crianças, idosos, doentes e incapacitados requerem cuidados completos ou ajuda na realização das atividades. Esta teoria relaciona os inúmeros fatores que afetam a provisão de autocuidado e apresenta três requisitos que se inter-relacionam e que são comuns a todos os seres humanos em qualquer estágio do seu ciclo de vida, que são: universais, do desenvolvimento e desvio de saúde.

A teoria de déficit de Autocuidado constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, por decidir quando há a necessidade da enfermagem intervir. Justifica-se quando o indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. Dorothea Orem identifica cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e ensinar o outro. O enfermeiro pode ajudar o indivíduo, utilizando qualquer um ou de todos os métodos para oferecer assistência com autocuidado.

Para mostrar a relação entre os seus conceitos, Orem apresenta um modelo, a partir do qual se pode ver que num determinado momento, uma pessoa tem habilidades

específicas de autocuidado e demandas terapêuticas de autocuidado, sendo necessária a intervenção do enfermeiro quando se constata a necessidades de mais demandas do que habilidades.

A teoria de sistemas de Autocuidado, planeado pelo enfermeiro, baseia-se na necessidade de autocuidado e nas capacidades do indivíduo para a execução de atividades de autocuidado. Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem que visam a satisfação dos requisitos de autocuidado do indivíduo: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. O plano e os elementos do sistema de enfermagem descrevem: em situações de cuidados de saúde a amplitude da responsabilidade do enfermeiro, os papéis gerais e específicos de enfermeiros e pacientes, as razões para as relações dos enfermeiros com os indivíduos, as ações a serem executadas, assim como os padrões de execução e as ações de enfermeiros e indivíduos, na regularidade das atividades de autocuidado dos indivíduos e na satisfação das suas exigências de autocuidado terapêutico.

1.6. Método de Emporwement

O movimento do *Emporwement* iniciou-se nos Estados unidos em 1979, mas em Portugal a sua abordagem ainda é incipiente. Este movimento foi adotado a nível dos cuidados de Saúde com o objetivo de capacitar o cidadão para assumir o controlo da gestão da sua Saúde/Doença, (Fazenda, s.d.). O *Emporwement* é um processo que desafia as conceções tradicionais acerca do poder, da participação, da colaboração, da ajuda e da realização pessoal. O conceito é transversal a todas as medidas e áreas de intervenção dos seus projetos e define-se como sendo um processo social e multidimensional que ajuda as pessoas a ganharem o controlo sobre as suas próprias vidas. É um processo que aumenta a capacidade de realização das pessoas, com o intuito de melhorarem as suas próprias vidas e da comunidade em que está inserida, através da sua ação sobre assuntos e problemas considerados importantes, (Page & Czuba, 1999).

A análise do conceito *Empowerment* realizada por Le Bossé & Lavallée (1993) permite destacar as noções de características individuais (o sentimento de competência pessoal, de tomada de consciência e de motivação para a ação social), assim como as ligadas à ação, às relações com o meio ambiente e à sua dimensão dinâmica. Trata-se de um conceito sistêmico que reconhece que se há um maior poder na tomada de decisões e controle por parte daqueles que, antes não tinham qualquer poder, há uma necessária transformação ao longo do sistema. O *empowerment* pressupõe uma participação crítica e ativa que não pode ser confundida com a simples “presença” ao longo do processo de decisão, (Freitas et al, 2007).

Ainda no âmbito da definição de *empowerment*, é de referir que, sendo a finalidade do processo o favorecimento da tomada do poder de decisão e de atuação, o processo é contínuo e consequência de uma evolução nas concepções de autonomia e responsabilidade dos indivíduos, sendo uma abordagem com vista à delegação de poder de decisão, autonomia e participação, exigindo alteração de atitudes e comportamentos, (Empowerment Institute, 2012). Esta abordagem requer, efetivamente, mudanças significativas, ao nível individual, coletivo e das organizações, sendo que é necessário por parte de todos os intervenientes um envolvimento e participação qualificada em todo o processo de mudança, isto é, todos, inclusive destinatários finais, são agentes de mudança e não objetos de mudança. Assim, são considerados os seguintes níveis de *empowerment*: individual (corresponde ao processo de apropriação de um poder por uma pessoa ou um grupo), coletivo (meio através do qual as comunidades aumentam o seu poder coletivo) e organizacional (processo de apropriação de um poder pela organização e pela coletividade, no interior da qual uma pessoa ou grupo se torna empoderada), (Freitas et al, 2007).

Capítulo II – METODOLOGIA

A responsabilidade do enfermeiro perante a comunidade expressa-se no artigo 80º do código deontológico do enfermeiro, onde assegura que “o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de Enfermagem”, assumindo o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, participar na orientação da mesma e na procura de soluções para os problemas de saúde detetados, colaborando com os outros profissionais em programas que respondem às necessidades da comunidade (OE, 2005), em concordância, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública tem a competência de avaliar o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde (OE, 2010), metodologia essa utilizada para a realização deste estudo. Assim, o planeamento em saúde é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir determinados objetivos segundo a ordem da prioridade estabelecida (...), (Tavares, 1990).

2.1. Diagnóstico de Situação

A primeira etapa a executar no planeamento em saúde é o diagnóstico de situação de saúde. Nesta etapa são identificados os problemas de saúde e as necessidades da população, que traduzem a diferença entre o estado de saúde atual e o ideal (Imperatori e Geraldés, 1986).

Para a concretização desta etapa foi necessária a utilização de dois instrumentos: questionário padronizado ISAAC fase III que foi adaptado (Anexo I) e o formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino (Anexo II), emanado pelo Ministério da Saúde.

O questionário padronizado ISAAC da fase III foi validado para ser aplicado aos encarregados de educação e incide sobre os aspetos de ambiente e estilo de vida, e

são abordados os seguintes parâmetros: alimentação (incluindo aleitamento materno), atividade física, utilização de combustível doméstico, medicação, situação familiar e ambiente tabágico.

O formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino tem um conjunto de critérios de avaliação. Este encontra-se organizado em quatro grupos: identificação do estabelecimento e da sua população (grupo I); caracterização geral do que a escola possui (grupo II); segurança (grupo III); higiene e saúde (grupo IV).

No grupo I preenche-se os dados que identifiquem a escola (agrupamento escolar, nome, morada, contactos, docente de referência, delegado de saúde, tipologia de ensino, número de alunos, de docentes, de auxiliares de ação educativa e de outros profissionais. No grupo II são preenchidos dados relativos à caracterização geral e inclui: nº de edifícios/pavilhões, número de pisos, as áreas que é detentor, se a escola cumpre a lei do tabaco, se tem condições de confeccionar alimentos; água para consumo humano, rede de esgotos, resíduos sólidos, climatização da edificação, aquecimento de água, passagens cobertas entre edifícios, pé direito, revestimento das coberturas e outros. O item segurança está incluído no grupo III, que por sua vez este encontra-se subdividido em 4 subgrupos: segurança – meio envolvente próximo (até 200 metros); segurança – recinto escolar e espaço de jogo e recreio que avalia o recinto e o espaço de recreio da escola, o equipamento do espaço de recreio, o equipamento com elementos rotativos, escorrega, baloiços e equipamento pendular; segurança – edifício escolar que avalia as condições do mesmo, do ginásio/campos de jogos e laboratórios/oficinas; por fim o subgrupo segurança – zona(a) de alimentação coletiva. O grupo IV referente à higiene e segurança também é constituído por 4 subgrupos: higiene e saúde – meio envolvente próximo (até 200 metros); higiene e saúde – recinto escolar e espaço de jogo e recreio; higiene e saúde – edifício escolar; higiene e saúde – zona(s) de alimentação coletiva que avalia a estrutura e equipamento, produtos alimentares e refeições, buffet/ bar, cozinha, refeitório, manipuladores de alimentos e *catering*. Nos critérios de avaliação é atribuído o grau de gravidade em cada item e o seu somatório resulta em «Boa», «Razoável» ou «Má» gravidade, (DGS, 2006).

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

O projeto de intervenção comunitária foi implementado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Península de Setúbal I – Almada, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “*A outra margem*”, no âmbito do programa de Saúde Escolar (SE) numa escola da freguesia da Trafaria. Sendo a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, foi essencial compreender a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), assim como a missão e filosofia de cuidados do ACES de Almada e da unidade funcional onde foi desenvolvido o projeto. (Apêndice I)

Relativamente à área geodemográfica do ACES de Almada, este situa-se no concelho de Almada, distrito Setúbal e à área metropolitana de Lisboa. Abrange uma área de com 173 298 habitantes (INE, 2011) e tem como população alvo de ação a população residente, permanente ou provisoriamente pessoas inscritas nos referidos centros de saúde, bem como utilizadores esporádicos (Ministério da Saúde, 2011a). O concelho de Almada pertence ao distrito de Setúbal e à área metropolitana de Lisboa. Abrange uma área de 71 km² e localiza-se na margem sul do rio Tejo, fazendo fronteira com os concelhos de Seixal e de Sesimbra. A freguesia da Trafaria onde se localiza a escola onde foi desenvolvido o projeto, tem 5.913 habitantes e uma densidade populacional de 954 hab/km², sendo que as principais atividades económicas são os serviços, o comércio e a pesca. (Junta de Freguesia da Trafaria, 2013)

2.1.2. População e Amostra

A população de um estudo de investigação compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999). A população incluiu as crianças do 1º ciclo inscritas nos agrupamentos de escolas do concelho de Almada, correspondendo a um total de 6855 alunos.

A população-alvo foram as crianças do 1º ciclo inscritas nos agrupamentos de escolas da Trafaria, pois segundo Fortin (1999) a população-alvo é a população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações e amostra como sendo um subconjunto de elementos ou sujeitos tirados da população e que são convidados a participar no estudo. A técnica de amostragem utilizada foi o não-probabilístico por conveniência. Segundo Carmo e Ferreira (1998) “amostras não-probabilísticas podem ser selecionadas tendo como base critérios de escolha intencional (...)”, o que se verificou no estudo. Dentro da amostragem não-probabilística utilizou-se a técnica de amostragem por conveniência, esta “acarreta o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo”, (Polit, 2004), conseguindo uma amostra de quarenta e quatro crianças.

Como critérios de inclusão considerou-se as crianças inscritas em todas as turmas da Escola nº1 da Trafaria, não se tendo considerado nenhum critério de exclusão.

2.1.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados

Foram entregues 60 questionários aos encarregados de educação da escola selecionada para o estudo, com o prazo de uma semana para procederem ao preenchimento do mesmo (9 de junho a 14 de junho de 2012). Quarenta e quatro foram o número de questionários preenchidos, na sua totalidade pelas mães, o que constituiu uma amostra de quarenta e quatro crianças (29 do sexo masculino e 18 do sexo feminino). Segundo Piaget as crianças em idade escolar não detêm competências necessárias para identificar o seu estado de saúde, pelo que justifica a aplicação do instrumento de colheita de dados aos encarregados de educação.

2.1.4. Questões Éticas

Em qualquer investigação que envolva o ser humano a ética e deontologia em investigação deve ser rigorosa e respeitada. O International Council of Nurses publicou um enunciado de posição em que mencionou a relação dos Enfermeiros e os Direitos Humanos - Position Statement: Nurse and Human Rights (1998), no qual

constatava que o enfermeiro tem a obrigação de assegurar que a informação é apropriada e adequada às pessoas, para que estas possam consentir determinado tratamento, procedimento ou participação em investigação. O mesmo documento refere os seis princípios éticos que uma investigação deve obedecer: Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade; Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano»; Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação; Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro; Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios, associa-se ao consentimento livre e esclarecido; Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. É necessário referir o princípio ético da Autonomia, também evocado como Princípio de Liberdade, como aquele que prescreve o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas escolhas e decisões que sejam verdadeiramente autónomas ou livres, (Cabral, 1996).

Para a realização da investigação e realização de estágio na instituição efetuou-se pedido formal ao conselho de administração do ACES de Almada, que foi aceite (Apêndice II). Posteriormente foi formalizado o pedido de autorização para se nomear o nome da instituição e respetivas unidades funcionais (Apêndice III). Foi feito o pedido de autorização ao conselho diretivo do agrupamento de escolas para se proceder à colheita de dados (Apêndice IV), assim como pedido de consentimento informado aos encarregados de educação das crianças da amostra para a participação no estudo, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade (Apêndice V). Estabeleceu-se contacto eletrónico com o responsável do estudo ISAAC para o mesmo autorizar a aplicação e adaptação do questionário (Apêndice VI).

2.1.5. Apresentação e análise dos dados

A análise estatística dos dados foi efetuada com recurso ao programa informático Microsoft Excel®.

A amostra do estudo foi constituída por 44 crianças (n=44), n=29 do sexo masculino (59%) e n=18 (41%) do sexo feminino com média de idades de 7,5 anos. O questionário entregue aos encarregados de educação foi respondido na totalidade pelas mães (100%). A maioria das crianças da amostra é de nacionalidade portuguesa (90,9%), 4,55% de origem caboverdiana e 4,55% são-tomense (**gráfico nº1**). No que concerne aos encarregados de educação, as mães têm média de idade de 36,5 anos e os pais de 39 anos. Ambos têm diversas nacionalidades (**gráfico nº2 e 3, tabela nº1**) e diferentes níveis de escolaridade (**gráfico nº4**).

Gráfico nº1 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade das crianças da amostra

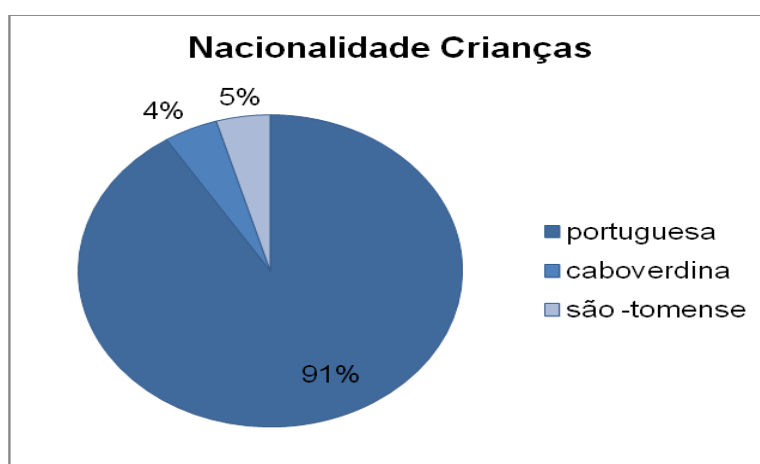


Tabela nº2 – Distribuição da amostra segundo as nacionalidades dos pais das crianças da amostra

Nacionalidades	Mãe		Pai	
	n	%	n	%
portuguesa	28	63,6	21	47,8
caboverdiana	2	4,5	5	11,4
são-tomense	4	9,1	2	4,5
brasileira	1	2,3	2	4,5
angolana	8	18,2	14	31,8
espanhola	1	2,3	0	0
TOTAL	44	100	44	100

Gráfico nº2 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade das mães das crianças da amostra

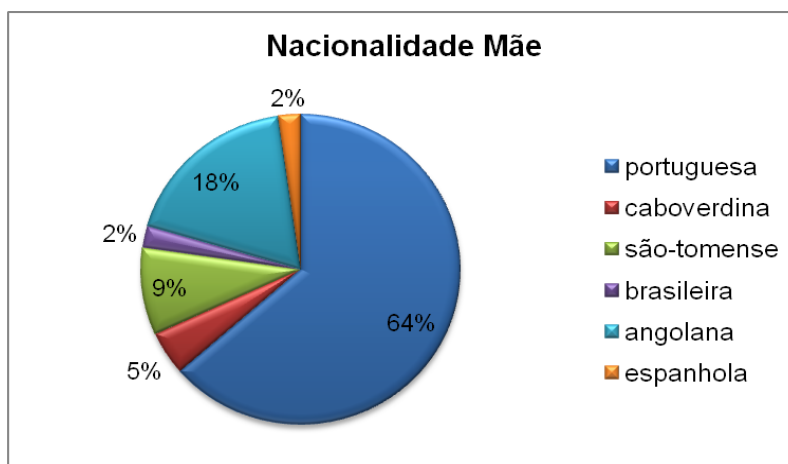


Gráfico nº3 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade dos pais das crianças da amostra

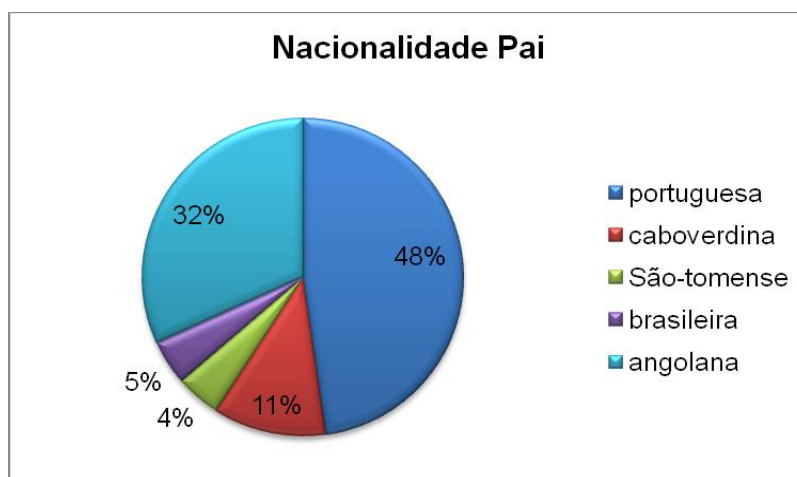
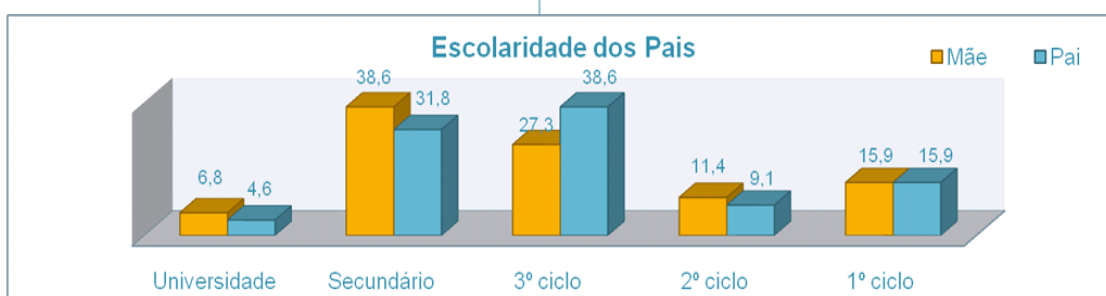


Gráfico nº4 – Distribuição da amostra segundo os níveis de escolaridade dos pais das crianças da amostra



Outros dos dados obtidos através do instrumento de colheita de dados, refere-se aos fatores de risco suscetíveis para o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias, que se encontram na **tabela nº2**.

Tabela nº3 – Distribuição da amostra segundo os fatores de risco propícios para o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias.

Factores de Risco		n=	%
Peso médio à nascença	2000 a 2499 gramas	11	25
	2500 a 3499g	18	38,6
	> 3500 gramas	15	36,4
Tempo de gestação	Pré-termo	14	31,8
	Termo	20	45,5
	Pós-termo	2	4,5
Aleitamento Materno	< 6 meses	12	32,4
	6 a 12 meses	12	32,4
	>1 ano	10	27,1
Amamentação sem adição de outros alimentos ou sumos	< 2 meses	4	10,8
	2 a 4 meses	29	38,4
	5 a 6 meses	3	8,1
	> 6 meses	1	2,7

Verificou-se que 37 (84%) das crianças da amostra foram amamentadas. Outro aspeto analisado no questionário foi a frequência em amas/creches e infantários, analisando-se que 32 (72,7%) das crianças da amostra frequentou amas/creches com média de idade de 8,4 meses e 34 (77,3%) frequentaram infantários com média de idade de 2,5 anos.

Nos vários itens do questionário fornecido aos pais, identificou-se algumas necessidades, após o tratamento de dados (**quadro nº1**), nomeadamente: **Respiração** «*Alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar NÃO estando constipado ou com gripe?*» 38,6% (n=17) responderam que sim; **Rinite** «*O seu filho alguma vez teve pieira ou assobios (silvos) no peito?*» 34,1% (n=15) responderam que sim; **Eczema** «*Alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar NÃO estando constipado ou com*

*gripe?» 29,5% (n=13) responderam que sim; **Tosse e expetoração** «Nos últimos 12 meses, alguma vez lhe pareceu que o seu filho tivesse o peito tapado ou tivesse expetoração (muco) estando constipado?» 27,3% (n=12) responderam que sim; **Pieira e Dispneia** «Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho ficou com pieira durante uma constipação ou gripe?» 31,8% (n=14) responderam que sim; no que concerne às causas de dificuldade respiratória, as mães identificaram relacionaram com o **clima** 20,5% (n=9); com os **poléns** 25% (n=11); com **fumos** 22,7% (n=10) ; com **pó** 25% (n=11) e com as **constipações ou gripe** 20,5% (n=9).*

Quadro nº1 – Tratamento dos dados obtidos no questionário adaptado do ISAAC

Domínios	Perguntas	n	%
Respiração	«O seu filho já alguma vez teve pieira ou assobios (silvos) no peito»	15	34,1
Rinite	«Alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar NÃO estando constipado ou com gripe?»	17	38,6
Eczema	«Alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar NÃO estando constipado ou com gripe?»	13	29,5
Tosse e Expetoração	«Alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar NÃO estando constipado ou com gripe?»	12	27,3
	«Nos últimos 12 meses, alguma vez lhe pareceu que o seu filho tivesse o peito congestionado ou tivesse expetoração (muco) não estando constipado?»	6	13,6
Respiração com pieira ou falta de ar	«Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho ficou com pieira ao fazer ou depois de fazer exercício físico?»	6	13,6
	«Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho ficou com pieira <u>sem ter feito</u> exercício físico recentemente?»	4	9,1
	«Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho ficou com pieira <u>durante</u> uma constipação ou gripe?»	14	31,8
	«Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu filho ficou com pieira <u>sem estar</u> constipado ou <u>sem ter</u> gripe?»	5	11,4

Respiração com pieira ou falta de ar (continuação)	« <u>Já alguma vez na vida o seu filho acordou com falta de ar?</u> »	7	15,9
	« <u>À alguma vez na vida o seu filho acordou com aperto no peito?</u> »	5	11,4
	« <u>Nos últimos 12 meses, o que é que fez agravar a pieira?</u> »		
	<i>Clima</i>	9	20,5
	<i>Roupa de lã</i>	7	15,9
	<i>Polén</i>	11	25
	<i>Emoções</i>	2	2,3
	<i>Fumos</i>	10	22,7
	<i>Pó</i>	11	25
	<i>Animais de estimação</i>	1	2,3
	<i>Constipações ou gripe</i>	9	20,5
	<i>Fumo de cigarro</i>	3	6,8
	<i>Alimentos ou bebidas</i>	1	2,3
<i>Sabonetes, sprays ou detergentes</i>	2	4,5	

Relativamente ao segundo instrumento de colheita de dados, mais concretamente Formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Saúde, encontra-se em Anexo III o relatório de avaliação da Escola Básica/Jardim de Infância nº1 da Trafaria, facultada pela Técnica de saúde ambiental da Unidade de Saúde Pública de Almada. Os itens de avaliação deste formulário consistem nos seguintes parâmetros: segurança – meio envolvente próximo, segurança – recinto escolar e espaço de jogo e recreio, segurança – edifício escolar, segurança – zonas de alimentação coletiva, higiene e saúde – meio envolvente próximo, higiene e saúde – recinto escolar e espaço de jogo e recreio, higiene e saúde – edifício escolar e higiene e saúde – zona de alimentação coletiva. Os critérios de avaliação são: A) Não se verifica, B) média gravidade, C) elevada gravidade e N/A) não se aplica. Para o projeto de intervenção comunitária o item de avaliação HIGIENE e SAÚDE é o mais pertinente, tendo-se verificado **média gravidade** no que concerne ao

pavimento exterior, às más condições de higiene e/ou de conservação, ao revestimentos das coberturas do edifício escolar, presença de cortinas como dispositivo de proteção de radiação solar, conforto térmico, A humidade nas salas de aula e restantes áreas do edifício escolar são identificadas como **elevada gravidade**.

2.1.6. Diagnósticos de Enfermagem

“A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades”, (Imperatori, 1986). Assim, com base nas necessidades detetadas, definiu-se os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Teoria de Défice de Autocuidado de Orem:

Problema 1: Défice de conhecimentos relativamente ao ambiente;

Problema 2: Défice de conhecimentos relativamente ao controlo dos alérgenos;

Problema 3: Défice de conhecimento relativamente ao controlo de sintomatologia respiratória.

2.1.7. Limitações do estudo

No decorrer deste estudo as limitações foram uma constante, principalmente pelo facto da investigadora não ter experiência profissional em cuidados de saúde primários, requerendo a necessidade de obter mais conhecimentos e aplicar todos aqueles apreendidos nas unidades curriculares do 2º ciclo de estudos de Enfermagem. O tempo estabelecido e os deficientes recursos da comunidade não facilitaram a elaboração deste estudo, assim como a inexistência de projetos de enfermagem nesta área.

Embora estas limitações dificultassem a atuação, com recurso a estratégias e criatividade, foi possível contornar alguns obstáculos.

2.2. Determinação de Prioridades

Tavares (1990) define a etapa de priorização como um processo de tomada de decisão que procura saber quais os problemas que devem ser solucionados em primeiro lugar. Nesta etapa do planeamento em saúde, foi necessário cumprir alguns critérios para a priorização dos problemas de maneira mais objetiva. Assim, optou-se como método de determinação de prioridades a grelha de análise (Anexo IV) aplicada por um grupo de juízes constituído pelas enfermeiras da UCC de Almada, e constituído pela investigadora para esta finalidade. Procedeu-se à caracterização destes elementos segundo os níveis de competência da prática clínica conceptualizada por Benner (2005): iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Ambos os elementos do grupo de juízes foram caracterizados como peritos, tendo mais de cinco anos de experiência profissional na área de Saúde Escolar (quadro nº2). Parte-se do princípio que perito é aquele que detém conhecimentos profundos acerca de um dado domínio que sabe quando, como, onde e porquê deve usar esse conhecimento. No sentido mais amplo, perito diz respeito a quem detém a perícia, os conhecimentos e habilidades, dirigidas a um fim definido, (Nunes, 2010).

A colaboração destes parceiros foi um contributo enriquecedor para a execução desta etapa do planeamento em saúde uma vez que “as enfermeiras peritas podem aprender muito a partir das máximas que vão transmitindo umas às outras (...) as práticas crescem através da aprendizagem experiencial e através da transmissão dessa aprendizagem nos contextos de cuidados”, (Benner, 2005).

Esta técnica permitiu determinar prioridades partindo de vários critérios: importância do problema, da relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, da capacidade técnica de resolver o problema e da exequibilidade do projeto ou intervenção, (Tavares, 1990:88). Para a utilização desta grelha de análise, atribuiu-se uma classificação mais (+) ou menos (-) de forma sequencial aos critérios supramencionados. O resultado obteve-se a partir dos valores da própria grelha, correspondendo o valor um (1) à prioridade máxima e dezasseis (16) à mínima.

Quadro nº2 - Caracterização do grupo de juízes

<i>Elemento do grupo de juízes</i>	<i>Tempo de exercício profissional</i>	<i>Nível de competência segundo Patrícia Benner</i>	
Enfª Maria do Céu Cerdeira Gonçalves	30 anos	Perita	A enfermeira perita é respeitada pelos colegas e médicos pela sua capacidade de julgamento e competências. Passa do estado de compreensão da situação ao ato apropriado, (Benner, 2005).
Enfª Noémia Saraiva	22 anos	Perita	“Compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”, (Benner, 2005).
Enfª Teresa Figueira	30 anos	Perita	Desenvolve capacidades e habilidades no tempo, a partir de uma base educacional assim como uma amplitude de experiências profissionais, (Benner, 2005).
Enfª Alexandra Soares	5 anos	Perita	O seu desempenho é altamente fluído, complexo e eficaz, (Benner, 2005).

Após o cálculo, os problemas são sequencialmente tratados e avaliados, o problema com maior positividade será o primeiro a sofrer intervenção e assim sucessivamente.

Solicitou-se ao grupo de juízes o preenchimento da grelha de análise, sendo que houve uma resposta unânime no que concerne à priorização dos problemas Défice de conhecimentos relativamente ao ambiente e Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de alérgenos, com pontuação máxima de 1 (mais prioritários). Relativamente ao problema Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de sintomatologia respiratória, o grupo de juízes atribuiu pontuação de 12 (menos prioritário).

Quadro nº3 - Priorização dos problemas segundo a grelha de análise

CRITÉRIOS	Défice de conhecimentos relativamente ao ambiente	de ao	Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de alérgenos	de ao de	Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de sintomatologia respiratória
Importância do Problema	+		+		-
Relação problema/fator	+		+		+
Capacidade técnica para o	+		+		-
Exequibilidade do projeto	+		+		-
Resultados	1		1		12

O grupo de juízes atribuiu mais (+) à importância dos problemas Défice de conhecimentos relativamente ao ambiente e Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de alérgenos e menos (-) no problema Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de sintomatologia respiratória. Em ambos os problemas foi-lhes atribuído mais (+) no critério de relação problema/ fator de risco, porque constatou-se que os problemas apresentados têm uma relação direta com os fatores proporcionadores de surgimento de manifestações alérgicas e respiratórias. No que concerne à capacidade técnica para resolver o problema e a exequibilidade do projeto, os problemas Défice de conhecimentos relativamente ao ambiente e Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de alérgenos foram pontuados com mais (+) por serem os problemas mais fáceis de se solucionar dentro do período de tempo estabelecido para a implementação do projeto. O problema Défice de conhecimentos relativamente ao controlo de sintomatologia respiratória foi pontuado com menos (-) porque a duração da implementação das estratégias e execução do relatório não será suficiente para avaliar se houve controlo da sintomatologia e a eficácia das estratégias aplicadas.

Pela priorização concluiu-se que todos os diagnósticos definidos são passíveis de intervenção, com maior e menor grau de dificuldade, cuja ordem estabelecida influenciou a fixação dos objetivos e metas do projeto.

2.3. Fixação de Objetivos

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve ter “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade” (OE, 2010). Aos enfermeiros, agentes promotores de saúde, incube-lhes o acompanhamento da população e comunidade alvo da sua ação no que concerne às suas mudanças sociais, na cooperação para o bem-estar físico, psicológico, social e económicos, identificando os seus problemas.

Assim, após a priorização dos problemas, procedeu-se à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação dos objetivos. Imperatori e Geraldês (1982) define objetivo como um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera a sua evolução natural, traduzido em indicadores de resultado ou de impacto. Para Tavares (1990) os indicadores de impacto medem as alterações verificadas num problema, como os ganhos em saúde, os indicadores de atividade expõem a quantificação das atividades realizadas.

A formulação dos objetivos foi sustentado pela Teoria do Défice de Autocuidado de Orem, uma vez que o deficit ocorre quando o ser humano julga-se limitado para prover autocuidado sistemático, carecendo dos cuidados de enfermagem, (Orem, 1993). O autocuidado é uma atividade assimilada pelos indivíduos, orientada para um objetivo. É um comportamento que existe em situações concretas de vida conduzida por pessoas para si ou para o meio ambiente de modo a regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento para o benefício da sua vida, saúde ou bem-estar, (Orem, 1991).

Assim, delineou-se como **objetivo geral**:

Incrementar estratégias de promoção de ambientes saudáveis na criança em idade escolar para melhorar o autocuidado na prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

Como **objetivos específicos** traçou-se:

Caracterizar sócio-demograficamente as crianças em idade escolar inseridas numa escola do 1º ciclo do concelho de Almada;

Identificar diagnósticos relacionados com o ambiente físico (escolar e doméstico) suscetível de causar manifestações alérgicas e respiratórias às crianças inseridas numa escola do 1º ciclo do concelho de Almada;

Intervir com recurso a estratégias para minimizar os défices encontrados.

2.4. Seleção de Estratégias

A etapa seguinte do planeamento em saúde é a seleção de estratégias, que permitem conceber qual o processo mais adequado para minimizar os problemas de saúde prioritários. A definição de estratégias propõe novas formas de atuação que possibilitem alcançar os objetivos fixados e contrariar a tendência de evolução natural dos problemas de saúde, (Imperatori & Giraldes, 1982).

Orem (1993) refere que os indivíduos são capazes de refletir sobre as estratégias propostas, fomentando dúvidas e questões pertinentes que os ajudem a realizar alguma ação, ultrapassando os seus défices. O autor preconiza o sistema de apoio-educação para as situações em que o indivíduo tem capacidades para o realizar, devendo aprender a executar as medidas de autocuidado terapêutico, caso não o consiga fazer sozinho, compete ao enfermeiro promover essas medidas incentivando-o a ser um agente de autocuidado, (Orem, 1993).

Assim, ao selecionar as estratégias, foi tido em consideração o estágio de desenvolvimento e especificidades da população alvo, assim como os recursos humanos existentes, o que fomentou a existência de criatividade e inclusão de um

conjunto de passos para a conceção e seleção da estratégia a adotar, não descurando outros aspetos, tais como os custos, obstáculos, pertinência, Segundo Russel (1996), “recomenda-se que se selecione uma variedade de estratégias, pois os programas mais efetivos associam uma combinação de métodos e de atividades”, o que levou a definir as seguintes estratégias de intervenção: Adotar comportamentos saudáveis no ambiente escolar/casa e minimizar a existência de fatores alergénicos suscetíveis para o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias.

2.5. Preparação operacional - programação

Nesta etapa do planeamento em saúde, para Tavares (1990:169) “deverão ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Elas devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos (...)”. Definem-se como sendo o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto, podendo ser subdivididas em tarefas, (Miguel, 2006). (Apêndice VII)

Hungler e Beck (2001) apresentam um vasto leque de possibilidades de intervenção direcionadas para a promoção da saúde, sendo que escolheu-se as **sessões de educação para a saúde e atividades de grupo educativas.**

No âmbito do protocolo estabelecido entre os Ministérios da Educação e Ministério da Saúde - Despacho nº 25995/2005 (2ª série), Despacho nº 2506/2007 e Despacho nº 12 045 / 2006 (2ª série) foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) que delibera que a Educação para a saúde deve ser considerada obrigatória em todos os estabelecimentos de ensino e integrar o Projeto Educativo da Escola, sendo uma das áreas prioritárias de promoção da saúde o ambiente e saúde. O mesmo refere que a escola deve, também, educar os alunos para os valores, promover a saúde, a formação e a sua participação cívica, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia. No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em Saúde para todos estabeleceu metas de saúde, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar.

Entende-se como Educação para a Saúde uma ação exercida sobre os indivíduos com o intuito de modificar os seus comportamentos, para adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem, (OMS, 1969). O seu grande objetivo consiste em transmitir informação adequada ao indivíduo, tendo em vista a Promoção da saúde e a Prevenção da Doença, para que os cidadãos melhorem a sua qualidade de vida e possam tomar decisões conscientes e autónomas” (Branco, 2007).

Os processos cognitivos tem uma grande relevância no desenvolvimento da criança, mas a observação por parte desta em relação aos comportamentos dos outros leva-a a descobrir formas de recombinação dos elementos já existentes no seu próprio repertório, alertando para o processo de interiorização dos valores parentais e sociais envolvidos neste processo, (Borges, 1987). Assim, a utilização da teoria da aprendizagem de Albert Bandura ser um alicerce na educação para a saúde.

Bandura (1987) sublinhou as importâncias dos fatores cognitivos e sociais desenvolvendo a teoria de aprendizagem social. Esta teoria é designada de aprendizagem social porque é baseada no que a criança aprende na interação com o seu meio e na observação dos outros. Bandura defende que as ligações entre as pessoas, os comportamentos e os ambientes são bidirecionais em que uma criança pode influenciar o seu ambiente por meio da sua própria conduta. Nesta teoria, a aprendizagem social é também referida como aprendizagem por imitação ou observação, (Da Fonseca, 2005).

Segundo Da Fonseca (2005:566) a imitação é fulcral e essencial na transmissão de experiência, o seu poder ecocinético é extraordinário e muito flexível, o seu poder de assimilação da experiência alheia baseada em representações mentais multifacetada constitui uma das características mais relevantes da evolução da espécie humana. Com ela, a transmissão da experiência é garantida e perpetuada, na medida em sintetiza não uma cópia do modelo social, mas sim uma reconstrução individual daquilo que é observado nos outros, pois trata-se da

criação de algo novo, uma oportunidade da criança realizar ações que estão para além das suas próprias capacidades, o que contribuirá para o seu próprio desenvolvimento.

A imitação ou observação é considerada como uma conduta não criativa, portanto não inteligente e pouco digna de interesse. Esta tal conceção esquecia das grandes vantagens que a observação oferece principalmente ao nível da aprendizagem. A aprendizagem observacional não poderia acontecer se não houvesse um processo cognitivo, isto é, ela permite que as crianças pequenas aprendam rápido, numa variedade de ambientes em que os seus modelos procuram os seus próprios interesses e não tentam ensinar nada a elas.

Na **Teoria Social de Bandura** definiu-se quatro fases do processo de **aprendizagem**: aquisição, retenção, desempenho e consequência. Na aquisição a criança observa o modelo e reconhece as características peculiares da sua conduta; na retenção as respostas do modelo são ativamente armazenadas na memória; no desempenho a criança aceita o comportamento do modelo como apropriado e possível de levar as consequências por ele valorizado, o aprendiz o reproduz; na consequência a conduta da criança resulta em consequência que virão fortalece-las ou enfraquece-las.

Macedo (2009) refere que “ o processo educativo existe desde os primórdios da civilização sendo que surgiu a pedagogia como linha de aprendizagem”, e a educação tem um valor importante no desenvolvimento humano. Ghiraldelli (1991) citado por Macedo (2009) diz que a pedagogia está diretamente ligada ao ato de condução do saber com o seu enfoque nos meios, nas formas e nas maneiras de levar a criança ao conhecimento.

A **pedagogia** desenvolveu-se ligada à filosofia, elaborada em função da ética que conduz a atividade educativa, num sentido empírico, esta é assente na formação para a vida, reforçando o aspeto metodológico presente na origem da pedagogia como meio e caminho para a condução da criança, (Saviani, 2007:100). Saviani

(2007:100) reforça que a pedagogia desenvolveu uma relação intimista com a prática educativa, o que constituiu a teoria ou ciência dessa prática sendo que em determinados contextos, esta é identificada com o próprio modo intencional de realizar a educação.

Subjacente às práticas de educação para a saúde, estão os modelos, que servem como guias de orientação em todo o processo. A eficácia das suas atividades dependem de muitos fatores que, devido à sua complexidade são difíceis de analisar, designadamente as múltiplas disciplinas que contribuem para a constituição da educação para a saúde, (Silva, 2008). Paralelamente, ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária, incube-lhe as competências de mobilização e integração de conhecimentos das áreas das ciências de comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades (OE, 2010) e daí a necessidade de compreender, interiorizar e utilizar os mesmos para atingir a excelência dos cuidados prestados à criança.

Atividades realizadas:

Sessão de informação dirigida à equipa da UCC *Outra Margem* realizada no dia 16 de novembro de 2012 pela mestranda, na sala de reuniões da unidade, na qual estiveram presentes as enfermeiras da UCC, um médico interno da USP, a enfermeira coordenadora da UCC, a enfermeira supervisora do local de estágio, as três colegas de mestrado e o docente orientador Professor José Edmundo Sousa. Esta atividade teve como objetivo a apresentação do projeto de intervenção comunitária, na qual se expôs os seus objetivos com a finalidade de alcançar os contributos da equipa a fim de melhorar alguns aspetos e envolverem-se no mesmo, para que posteriormente deem continuidade ao projeto. Foi verbalizado e manifestado agrado relativamente ao projeto, visto ser uma temática pertinente e pouco desenvolvida em projetos no âmbito dos cuidados de saúde primários. (Apêndice VIII)

Sessão de informação, dirigida aos professores da Escola da Trafaria nº1, realizada no dia 26 de novembro de 2012 na sala de reuniões dos professores, na qual esteve

presente cinco professores, uma educadora de infância e a diretora da escola. Teve como objetivo apresentar o projeto e solicitar a colaboração dos professores para a concretização dos objetivos propostos. Todos revelaram grande interesse pelo projeto, manifestando agrado pela temática, uma vez que ia de encontro com os conteúdos programáticos do 1º ciclo. Contribuíram com algumas opiniões e sugestões para as atividades com os seus alunos, e programaram os dias disponíveis para a mestranda executar as atividades com as crianças.

Primeira sessão de educação para a saúde intitulada como “ A incrível viagem do ar” foi dirigida às crianças do 2º ano, realizada pela mestranda no dia 4 de dezembro de 2012 na Escola nº1 da Trafaria. O objetivo foi que as crianças compreendessem a importância de preservar a saúde e o ambiente, para a prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

Estiveram presentes 11 alunos e a professora. Explenou-se os objetivos da sessão: e posteriormente colocou-se em exibição o filme “*Era uma vez o corpo Humano – a respiração*” das edições de Planeta de Agostini®, no qual as crianças verbalizaram muito agrado, e algumas já tinham visualizado alguns filmes desta série. Em termos curriculares, o sistema respiratório foi um conteúdo que as crianças tinham aprendido na semana anterior à atividade, e proporcionou-se um momento de revisão dos conteúdos, apresentando o sistema respiratório, as causas de doença, nomeadamente a poluição, fumo de tabaco e aeroalergeneos (apresentado no filme), os mecanismos de defesa do organismo e os malefícios para a saúde. Posteriormente, as crianças foram sensibilizadas para a aquisição de competências de sustentabilidade dos recursos naturais, medidas para a preservação do ambiente e incentivadas a partilharem com os pais/encarregados de educação a necessidade de protegerem o ambiente e reciclarem os resíduos. (Apêndice IX e X)

Segunda sessão de educação para a saúde também intitulada como “ A incrível viagem do ar”, foi dirigida às crianças do 3º ano, realizada pela mestranda no dia 6 de dezembro de 2012 na Escola nº1 da Trafaria.

Esta atividade teve os mesmos objetivos da atividade realizada aos alunos do 2º ano, uma vez que consta nos conteúdos programáticos a revisão do aparelho respiratório e aprofundamento desses conhecimentos. A atividade teve o intuito das crianças compreenderem a importância de preservar a saúde e o ambiente, para a prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

Nesta atividade estiveram presentes 12 alunos e a professora. Procedeu-se à transmissão dos objetivos da sessão e iniciou-se o visionamento do filme “*Era uma vez o corpo Humano – a respiração*” das edições de Planeta de Agostini®, e no decorrer da sua exibição foi-se questionando as crianças sobre os elementos do aparelho respiratório que estavam a visualizar. As crianças identificaram a poluição, fumo de tabaco e aeroalergenos como causadores de doença, e muitas partilharam algumas experiências, nomeadamente a existência de fumadores em casa, o fumo que vêm dos cilos de cereais que se encontra por detrás da escola. Foram explanados os mecanismos de defesa do organismo e os malefícios para a saúde. Posteriormente, as crianças foram sensibilizadas para a aquisição de competências de sustentabilidade dos recursos naturais, medidas para a preservação do ambiente e incentivadas a partilharem com os pais/encarregados de educação a necessidade de protegerem o ambiente e reciclarem dos resíduos. Foram validados os conhecimentos das crianças sobre a reciclagem, isto é, o que se recicla e em que compartimento. Algumas mostraram não ter conhecimento. (Apêndice XI e XII)

Terceira sessão de educação para a saúde dirigida às crianças do 1º ano intitulada como “respirar bem”. A mestrandia realizou esta sessão no dia 6 de dezembro de 2012 na Escola nº1 da Trafaria, com o objetivo de compreender a importância do ambiente para se ter uma vida saudável. Estiveram presentes 11 crianças e a professora. Explicou-se às crianças qual o objetivo da sessão e solicitou-se que cada criança elaborasse um desenho que expressasse o que era para si “respirar bem”. Obteve-se vários desenhos demonstrativos, na maioria incluíam a natureza. Tomou-se assim um ponto de partida para explicar os fatores que prejudicam a saúde das pessoas e as medidas que se podem tomar para prevenir os malefícios. (Apêndice XIII e XIV)

Atividade de grupo educativa intitulada como “Reciclar para brincar” realizou-se no dia 7 de dezembro de 2012 na Escola nº1 da Trafaria. Esta sessão foi realizada pela mestranda e dirigida às crianças do 4º ano. Teve como objetivo sensibilizar as crianças para a necessidade de proteger o ambiente através da medida de reciclagem. Estiveram presentes 10 crianças e a professora. Foi solicitado às crianças que reunissem algum material reciclado em casa para a elaboração de máscaras de carnaval com a utilização do mesmo. Recorreu-se à utilização de cartão, cápsulas de café, jornais e garrafas de plástico. As crianças manifestaram agrado e muito colaborantes, mostrando alguma originalidade na aplicação dos materiais. (Apêndice XV e XVI)

Folheto informativo sobre as medidas de evicção de alérgenos domésticos, foi realizado como suporte escrito a entregar aos encarregados de educação, para que estes ficassem sensibilizados à temática e procedessem a pequenas ações que favorecem o ambiente doméstico, minimizando os agentes mais causadores de alergias no domicílio.

O conteúdo do folheto informativo foi selecionado segundo os problemas priorizados neste estudo, no que concerne ao défice de conhecimentos relacionados com os fatores alérgicos. Este suporte escrito foi elaborado para ser entregue na sessão de educação para a saúde com os encarregados de educação, mas visto ter sido uma atividade que não foi concebida, optou-se por entregar às crianças e colocada na caderneta individual do aluno para que estas fizessem chegar a informação aos encarregados de educação. Foram impressos 44 folhetos e todos entregues na totalidade. (Apêndice XVII)

Foi planeada uma sessão de educação para a saúde a ser dirigida aos encarregados de educação, contudo não foi realizada por indisponibilidade da escola. (Apêndice XVIII)

2.6. Avaliação

Segundo Tavares (1990), a avaliação deve ser precisa e concisa, não correspondendo somente à monitorização do projeto, mas sim à verificação do grau de sucesso de determinado objetivo. É realizada através de um julgamento baseado em critérios, tais como os indicadores, que permitem reconhecer e medir a realidade que se alcançou. Para tal, é necessário formular indicadores para cada atividade concretizada, uma vez que estes constituem uma mais-valia no processo de avaliação. Os indicadores de processo ou atividade expõem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou de impacto, traduzem as alterações verificadas, como por exemplo, ganhos em saúde.

Perante a análise dos dados obtidos no **quadro nº4**, conclui-se que 80% das sessões planeadas foram realizadas, 100% das crianças da amostra participaram ativamente nas sessões e estiveram presentes, verbalizaram e demonstraram satisfação através da expressão oral, escrita e de desenho.

Quadro nº4 - Resultado dos indicadores de atividade

Indicadores de atividade			
<u>nº de sessões realizadas</u>	(4)	x 100	= 80%
nº de sessões planeadas (5)			
<u>nº de crianças do 1º ano que assistiram à sessão</u>	(11)	x 100	= 100%
nº de crianças do 1º ano de escolaridade (11)			
<u>nº de crianças do 1º ano que participaram ativamente na sessão</u>	(11)	x 100	= 100%
nº de crianças do 1º ano que assistiram à sessão (11)			
<u>nº de crianças do 2º ano que assistiram à sessão</u>	(11)	x 100	= 100%
nº de crianças do 2º ano de escolaridade (11)			
<u>nº de crianças do 2º ano que participaram ativamente na sessão</u>	(11)	x 100	= 100%
nº de crianças do 2º ano que assistiram à sessão (11)			
<u>nº de crianças do 3º ano que assistiram à sessão</u>	(12)	x 100	= 100%
nº de crianças do 3º ano de escolaridade (12)			
<u>nº de crianças do 3º ano que participaram ativamente na sessão</u>	(12)	x 100	= 100%
nº de crianças do 3º ano que assistiram à sessão (12)			
<u>nº de crianças do 4º ano que assistiram à sessão</u>	(10)	x 100	= 100%
nº de crianças do 4º ano de escolaridade (10)			
<u>nº de crianças do 4º ano que participaram ativamente na sessão</u>	(10)	x 100	= 100%
nº de crianças do 4º ano que assistiram à sessão (10)			
<u>nº de encarregados de educação que assistiram à sessão</u>	(0)	x 100	= 0%
nº de encarregados de educação convocados (44)			
<u>nº de folhetos informativos entregues</u>	(44)	x 100	= 100%
nº de encarregados de educação convocados (44)			

Os indicadores de impacto vão ser avaliados de seis meses a um ano após as intervenções, ao grupo de alunos a quem foi feita intervenção comunitária, vai ser passado novamente o questionário de avaliação e verificar se houve melhoria (quadro nº5).

Quadro nº5 - Resultado dos indicadores de impacto

Indicadores de impacto	
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças que assistiram às sessões de educação para a saúde}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças que apresentam diminuição dos défices de conhecimentos sobre o ambiente}} \times 100$	
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças que assistiram às sessões de educação para a saúde}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças que apresentam diminuição dos défices de conhecimentos sobre o controlo de alergenos}} \times 100$	
$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças que assistiram às sessões de educação para a saúde}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças que apresentam diminuição dos défices de conhecimentos sobre o controlo de sintomatologia respiratória}} \times 100$	

CONCLUSÃO

A saúde ambiental emerge como uma preocupação nos tempos atuais, e a sua intervenção em meio escolar torna-se cada vez mais uma constante nos cuidados de saúde primários. Quando se analisa o PNSE, este refere que “viver num ambiente limpo e saudável é um direito humano fundamental, sendo por isso necessário informar e educar para a construção de um futuro sustentável para todos” (DGS, 2006) e será a nossa abertura ao mundo e capacidade de procurar as fontes de informação mais diversas, que podem tornar viva a utilização da informação. Essas fontes situam-se nos diferentes meios de vida em que se insere a história do homem: habitação, bairro, aldeias, locais de trabalho, meio escolar, meios de diversão, comércio, transportes, (Collière, 1999).

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, o que realça a importância dos cuidados de saúde primários, (OE, 2010b). Estes em articulação com os diversos setores assumem um papel fundamental na promoção da saúde do indivíduo/família/comunidade, uma vez que detêm um maior conhecimento dos seus problemas, e é neste contexto que surge o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, detentor de competências específicas que lhe permitem ter uma visão profunda sobre as respostas humanas aos processos de vida e às necessidades de saúde, intervindo de forma adequada e eficaz de modo a proporcionar efetivos ganhos em saúde, o que garante o conhecimento aprofundado do domínio específico do Enfermeiro Especialista, sobretudo quando se afere nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública que, esta especialidade tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida, (OE, 2011).

Assim, o ambiente e saúde é uma área de intervenção prioritária de educação para a saúde, devendo esta ter uma abordagem holística da saúde, aumentando o bem-estar e redução do risco de doença nas crianças e nos adolescentes. Para isso, a escola tem de propiciar aos alunos a expressão e a comunicação, laços de afeto com as pessoas e o meio, participação, responsabilização e vontade de saber; aos professores e auxiliares de ação educativa oferecerá trabalho de equipa, formação adequada às necessidades e espaços de debate e de tolerância. (DGS, 2006)

No meio escolar, o trabalho de Promoção da Saúde com os alunos tem como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” para se proteger, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o real e atuar de modo a induzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam o princípio básico da promoção da saúde - uma atitude permanente de *empowerment*, (DGS, 2006).

Com base no Planeamento em Saúde, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária identifica as necessidades em saúde da comunidade, estabelece prioridades, define objetivos mensuráveis e metas exequíveis, concebe estratégias de intervenção, envolve a equipa multidisciplinar na sua execução e elabora indicadores de avaliação que permitem a monitorização da eficácia da intervenção e a quantificação dos ganhos em saúde.

A metodologia de projeto é particularmente importante e pertinente no desenvolvimento profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na medida em que é parte integrante das suas funções e competências. Este estudo veio subsidiar um processo de aquisição de novas competências, pois permitiu trilhar as fases descritas por Benner (2005) ao descrever os vários níveis do saber em Enfermagem, de principiante a perito. Face a esta constatação e de acordo com este estudo, cabe à mestranda aferir algumas sugestões que emergem sobre a implicação para a prática clínica, para a formação e para a investigação.

Assim, verifica-se que nas **implicações para a prática clínica** a intervenção na área de manifestações alérgicas e respiratórias não tem suscitado a devida preocupação, nem tem sido um foco de intervenção prioritário no âmbito dos projetos de saúde escolar. Constatou-se que a equipa de Saúde Pública avalia as condições ambientais das escolas, propõem medidas de melhoramento, mas a intervenção dos profissionais de enfermagem é mínima ou quase inexistente no contexto de saúde escolar, o que se ressalva a necessidade de implementar e monitorizar projetos nesta área. As políticas de saúde têm focado alguma da sua atenção nas questões ambientais, eximindo a importância da promoção da saúde, o que requer a intervenção dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros.

A nível **formativo**, verifica-se que os enfermeiros não possuem formação específica nesta temática, pelo que é imprescindível aliciá-los para a problemática de ambiente e saúde, motivando-as para a aquisição de conhecimentos, através da formação interna das equipas de modo a que adquiram competências nesta área, o que reforça Guerra (2008) ao afirmar que a formação e qualificação dos profissionais é um factor facilitador para o desenvolvimento e motor de diversas transformações, quer a nível das práticas profissionais quer a nível das sociabilidades colectivas. A articulação com a equipa multidisciplinar poderá facilitar a divulgação de informação e aquisição de novos conhecimentos, através da participação em reuniões multidisciplinares, encontros formais com peritos na temática, na divulgação de políticas de saúde vigentes e partilha de experiências na área.

Face à **investigação**, a realização deste estudo foi de encontro com os objetivos delineados, especificamente quando a mestranda se propôs a caracterizar sócio-demográficamente as crianças em idade escolar inseridas numa escola do 1º ciclo do concelho de Almada; a identificar o ambiente físico (escolar e doméstico) suscetível de causar manifestações alérgicas e respiratórias às crianças inseridas numa escola do 1º ciclo do concelho de Almada; e a implementar estratégias para minimizar os défices encontrados. Mediante a isso, a mestranda pode concluir que a sensibilização para a saúde ambiental é ínfima, o que despertou a necessidade de implementar e intervir com as crianças em meio escolar. Contudo, a realização deste

estudo suscitou algumas inquietudes que se refletem agora em algumas questões de investigação, tais como:

De que forma as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública são relevantes na prevenção das manifestações alérgicas e respiratórias na criança em idade escolar?

Será que a intervenção sobre o controlo dos fatores ambientais a nível escolar melhora o estado de saúde das crianças?

O facto de intervir precocemente nos fatores apontados como de risco previne o aparecimento de manifestações alérgicas e respiratórias?

Para a continuação deste estudo sugere-se a intervenção no ambiente escolar no que concerne à diminuição dos fatores de risco ambientais existentes na escola da Trafaria nº1, verificados aquando a aplicação do instrumento de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Saúde, o que reforça a adoção de uma abordagem sistémica e sistemática de atuação nos diferentes níveis de prevenção, e reconhecer a importância de agir em parceria com os vários grupos profissionais e instituições, com a finalidade de concretizar o potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho de equipa, (OE, 2011).

A realização deste estudo permitiu desenvolver as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública reguladas pela Ordem dos Enfermeiros (2010b). Assim, através da realização do estágio foi possível estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade escolar, mais concretamente dos alunos da escola nº1 da Trafaria, indo de encontro com a primeira competência do enfermeiro especialista e enfermagem comunitária. Para a aquisição desta competência foi essencial a elaboração do diagnóstico de saúde através da aplicação de instrumentos, cujos dados resultaram em diagnósticos, dos quais se estabeleceu prioridades e posteriormente se delineou objetivos e estratégias de atuação.

A mestranda desenvolveu sessões de educação para a saúde de forma a sensibilizar as crianças para a preservação da saúde e ambiente, prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias, além de que proporcionou atividades ludodidáticas acerca da reciclagem e medidas protetoras do ambiente, e reforçou a informação dada através de folhetos informativos para os encarregados de educação, por estes serem os mediadores dos comportamentos da criança. É de referir que envolveu os professores nas medidas protetoras a implementar na escola, por estes serem elementos de referência para as crianças ao induzirem comportamentos saudáveis e incentivá-los à sua adoção.

Face à metodologia do planeamento em saúde construiu-se um projeto de intervenção comunitária, cujas intervenções foram avaliadas através de indicadores de atividade e de impacto. Através da avaliação dos indicadores de atividade, constatou-se que houve conformidade em 80% relativamente ao nº de sessões realizadas e uma conformidade de 100% quanto ao nº de crianças da amostra que assistiram às sessões e participaram ativamente nas mesmas. Relativamente aos indicadores de impacto, estes só poderão ser avaliados de 6 meses a um ano, o que só poderá ser exequível através da continuidade do projeto de intervenção comunitário, com a colaboração da equipa de saúde escolar da UCC de Almada.

A criação, o planeamento e a implementação do projeto de intervenção comunitária nas crianças em idade escolar, permitiu alcançar a segunda competência que diz: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, isto porque, as crianças são um grupo com muitas particularidades, o que requereu a mobilização de conhecimentos de diversas áreas, tais como a psicologia, pedagogia e ciências da educação na intervenção deste grupo, e assim contribuir para o seu processo de capacitação. A mestranda liderou o projeto de intervenção comunitária, gerindo toda a informação em saúde da comunidade.

Relativamente à terceira competência, que cita: “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, a elaboração do projeto de intervenção comunitária foi de encontro com o Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (PNAAS) e o Plano Nacional das Doenças Respiratórias (PNDR).

A última competência que advoga: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, foi possível adquiri-la através da aplicação do instrumento de colheita de dados, posteriormente o tratamento e análise dos dados epidemiológicos obtidos através do mesmo.

Em suma, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública foram possíveis de se adquirir através da elaboração do projeto de intervenção comunitária, o que contribui também para o aumento dos conhecimentos, quer a nível da metodologia de investigação, quer na área temática desenvolvida no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Portuguesa do Ambiente (2010). Acedido a 12.04.2012. Disponível em <http://www.apambiente.pt/>

Agência Portuguesa do Ambiente (2012). Acedido a 02.12.2012. Disponível em <http://www.apambiente.pt/>

Almeida (2007). *Relatório do Observatório Nacional da Doença Respiratória 2007 – Determinantes Ambientais na Saúde Respiratória dos portugueses*: Lisboa: OPSS.

Alto Comissariado da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Pensar Saúde*, 3, 1-16. Direção Geral de Saúde.

Andrade, M. (1995). *Educação para a saúde – Guia para Professores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Araújo, A. (2012). *Relatório 2012 – A sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias*. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. Acedido a 11.12.2012. Disponível em http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/Relatorio_ONDR_2012.pdf.

Cabral, R. (1996). Fundamentos Éticos. In, Archer, L., Biscaia, J. & Osswald, W. *Fundamentos Éticos*. Bioética. Lisboa:Verbo.

Bee, H. (1977). *A Criança em Desenvolvimento*. Tradução Pereira, A. &Pereira, R. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil Lda.

Benner, P. (2005) – *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.) Coimbra: Quarteto Editora.

Borges, M. (1987) - Introdução à Psicologia do Desenvolvimento. *Jornal de Psicologia*.

Borrego, C. (2008). A relação da saúde com a qualidade do meio antrópico: uma questão de debate. *Revista brasileira de educação ambiental* 6, 20-27.

Branco, I. (2007) – *Educação para a saúde: contributos para a Prevenção do cancro, Modelo cancro do colo do útero*. (Teses de Mestrado). Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. em 14.11.2011. Disponibilidade em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/16156/2/EdSaudeContributosPrevenoCancroModeloCancroColotero.pdf>

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998) – *Metodologia da Investigação (guia para Autoaprendizagem)* Lisboa: Universidade Aberta.

Carrondo, E. (2006). *Desenvolvimento da Criança – Contributos para um Perfil centrado no Paradigma Salutogénico*. (Teses de Doutoramento). Disponível na Universidade do Minho.

Carvalho, A. & Carvalho G. (2006) – *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Collière, M.F. (1999) – *Promover a vida* (3ªed.). Coimbra: Lidel.

Comissão das Comunidades Europeias (2003). *Livro verde sobre serviços de interesse geral*. Bruxelas. Acedido a 17.11.2012. Disponível em http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2003/com2003_0270pt01.pdf.

Corriga, C. & Rak, S. (2004). *Alergia*. Algés: Euromédice, edições médicas.

Da Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. (1ªed). Lisboa: Ancora Editora.

Decreto de Lei n.º 107 de 4 de junho (2008). Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008, I Série.

Decreto de Lei n.º 404 de 13 de junho (2012). Resolução do Conselho de Ministros n.º 10/2012, II Série.

Decreto de Lei n.º 48/90 de 24 de agosto (1990). Lei de Bases da Saúde, aprovado pelo Decreto – Lei n.º.195, de 24 de agosto. Diário da República I Série.

Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Dias, M., Duque, A., Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica* 3(3), 463- 473.

Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2006). *Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos de Educação e Ensino*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integradora*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2011). *Abordagem e controlo da Asma*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as doenças respiratórias*. Ministério da Saúde: Lisboa.

Empowerment Institute (2012). Acedido em 22.12.2012. Disponível em <http://www.empowermentinstitute.net/>

Fazenda, Isabel (s.d.). *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. Acedido a 12.01.2013. Disponível em <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>

Ferracioli, L. (1999). Aprendizagem, desenvolvimento e conhecimento na obra de Jean Piaget: uma análise do processo de ensino-aprendizagem em Ciências. *Revista brasileira de estudos pedagógicos* 80(194), 5-18.

Ferreira, M. (2011). *ABC das Alergias* (1ªed.). Lisboa: Publicações Ciência & Vida.

Filho, A. (2011) - Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa. Acedido em 23.12.2011. Disponível em <http://cmdss2011.org/site/opinioes/determinantes-sociais-da-saude-e-determinantes-sociais-das-iniquidades-em-saude-a-mesma-coisa/>

Fortin, M.F. (1990). *O processo de investigação* (1ªed.). Loures: Lusodidacta.

Freitas, B., Vidal, F., Policarpo, H. & Freitas, M. (2007). *Guia para a Prática do Empowerment*. FESETE. Acedido a 19.04.2013. Disponível em www.fesete.pt

George, J. (1993). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos para a prática profissional*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Guerra, M. (2008). *Formação Profissional dos Enfermeiros – Determinantes da participação dos enfermeiros em ações de formação em serviço*. (Teses de Mestrado). Disponível na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Hockenberry, M., Wilson, D. & Winkelstein, M.(2006). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Hungler, B., Beck, C. & Polit, D. (2001). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

Imperatori, E., Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica. Edições da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. Lisboa: INE. Acedido a 13.04.2012. Disponível em www.ine.pt

International Council of Nurses (1998). *Position Statement: Nurses and Human Rights*. Acedido em 25.10.2011. Disponibilidade em: <http://www.icn.ch/publications/position-statements/>

ISAAC (2012). *Internacional Study of Asthma and Allergies in Chidhood*. Acedido a 12.03.2012. Disponível em <http://isaac.auckland.ac.nz/>

Junta freguesia da Trafaria. Acedido em 1.03.2012. Disponível em <http://www.jftrafaria.com.pt/>

Le Bossé & Lavallée (1983). *Empowerment et psychologie communautaire. Aperçu historique et perspectives d'avenir dans*. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale,18, 7-20.

Macedo, M. (2009). *Pedagogia Hospitalar: Qual a formação específica do pedagogo para sua atuação na área da pedagogia hospitalar*. Universidade Estadual de Londrina: Centro de educação, comunicação e artes: Londrina.

Maury, L. (1991). *Piaget e a Criança*. Lisboa: Editora Teorema breve.

Miguel.A. (2006). *Gestão Moderna de projetos: melhores técnicas e práticas*.(2ªed.). Lousã.FCA.

Ministério da Saúde (2010) – *Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2010 do ACES de Almada*. Almada.

Ministério da Saúde (2011a) – *Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde 2011 do ACES de Almada*. Almada.

Ministério da Saúde (2011b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*.17,3-9.

Ordem dos Enfermeiros (2005) - Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa, 2005.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa. Acedido em: 12.12.2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010a) – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa. Acedido em: 12.12.2011 Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b) – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista*. Lisboa. Acedido em: 12.12.2011 Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunsEnfermeiro.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010c) – *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento profissional*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e saúde pública*. Lisboa. Acedido em: 12.12.2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.

Orem, D. E. (1993). *Conceptos de enfermería en la práctica* (1ªed.). Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.

Orem, D.E. (1985). *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.

Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4ªed.) St. Louis: Mosby.

Organização Mundial de Saúde (1969). *Bulletin of the World Health Organization*. Genebra: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (1978). *Declaração de Alma Ata, sobre Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma Ata: World Health Organization. Acedido a 12.12.2011 Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa sobre a 1ª Conferência Internacional, sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: World Health Organization Acedido a 21.10.2011 Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf>

Organização Mundial de Saúde (1989). *First Ministerial Conference on Environment and Health*. Frankfurt.

Organização Mundial de Saúde (1991). *Declaração de Sundsvall sobre Terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde*. Sundsvall: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Declaração de Sofia sobre Definição de Saúde Ambiental*. Sofia: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (1995). *Global strategy on occupational Health for all – The way health at Work*. Geneva: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (1995). *Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo: El camino salutable hacia un mundo sostenible*. Genebra: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (1997). *Declaração de Jacarta sobre Quarta Conferência Internacional sde Promoção da Saúde*. Jacarta: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde*. Genebra: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Manual do Formador: para conceber, realizar e avaliar a formação de educadores para a saúde*. Departamento de Saúde Mental e Dependência de Drogas. Rio de Janeiro: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease*: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2008). *Vigilância global, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integrada*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2009). *Country Profiles of Environmental Burden of Disease*. Acedido em 24.10.2011. Disponibilidade em: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/summaryEBD_updated.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2010). *Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde: Relatório final*. Acedido em 24.10.2011. Disponibilidade em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

Organização Mundial de Saúde (2011). *Declaração de Política do Rio sobre Determinantes Sociais de Saúde*. Rio de Janeiro: World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde (2012). *European Centre for Environment and Health*. Bonn: Alemanha.

Page, N. & Czuba, C. (1999). Empowerment: what is it? *Journal of Extensão*. 37,5.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R.(2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.

Pereira, F. (2011). *Crianças, agentes ativos de mudança...* Açores: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 24.12.2012. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpresalocal/Paginas/OsEnfermeiroseASa%c3%badeEscolar.aspx>.

Pinto, C. (1998). *Empowerment: uma prática de serviço social*, in Política Social Lisboa: ISCSP. 247-264. Acedido a 12.05.2012. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/textos/empowerment.htm>.

Pinto, J.(2011). ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) 20 anos em Portugal. *Ata Pediátrica*. 42 (5). 25-48. setembro/outubro. Suplemento II. Acedido a 12.03.2011. Disponível em www.spp.pt.

Planeta de Agostini (s.d.). *Era uma vez o corpo humano: a respiração* (vídeo). [S.1.]: Planeta de Agostini, DVD. 30 min.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004) – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.

Rocha, B. (2011). *Gestão Em Enfermagem: O papel do enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Acedido em 24.10.2011. Disponível em <http://www.hospitaldofuturo.com/projectupdates/gestaoemenfermagemopapeldoenfermeiroespecialistadereabilitacao>

Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso. T. (2002). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

Russel, N. (1996) - *Manual de educação para a saúde*. Lisboa: DGS

Saviani, D. (2007). Marxismo e pedagogia. In *Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo*, Salvador.

Silva, C. (2008) - O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens? In: Saúde e Educação. Boletim 12:Brasil

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.). Lisboa: Lusociência.

Tavares, A.(1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Portugal:

Vilão (2010). *Alterações climáticas, riscos ambientais e problemas de saúde*. II Seminário Ibero-americano de Geografia Física Universidade de Coimbra, maio de 2010. Coimbra: Portugal.

ANEXOS

Anexo I

Questionário adaptado do *Internacional Study of Asthma and Allergies in Chidhood*
(ISAAC)

C) Questionário sobre a rinite

As perguntas são todas acerca de problemas que ocorrem quando o seu filho NÃO está constipado nem com gripe.

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. <u>Alguma</u> vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar NÃO estando constipado ou com gripe? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

D) Questionário sobre o eczema

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. Já <u>alguma</u> vez o seu filho teve problemas de irritação cutânea com comichão que aparecia e desaparecia, durante pelo menos seis meses? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

E) Tosse e expectoração

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez lhe pareceu que o seu filho tivesse o peito tapado ou tivesse expectoração (muco) estando constipado? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 2. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez lhe pareceu que o seu filho tivesse o peito congestionado ou tivesse expectoração (muco) <u>não</u> estando constipado? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |

F) Respiração com pieira e falta de ar

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez o seu filho ficou com pieira ao fazer ou depois de fazer exercício físico? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 2. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez o seu filho ficou com pieira <u>sem ter feito</u> exercício físico recentemente? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 3. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez o seu filho ficou com pieira <u>durante</u> uma constipação ou gripe? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 4. <u>Nos últimos 12 meses</u> , alguma vez o seu filho ficou com pieira <u>sem estar</u> constipado ou <u>sem ter</u> gripe? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 5. <u>Já alguma vez</u> na vida o seu filho acordou com falta de ar? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 6. <u>Já alguma vez</u> na vida o seu filho acordou com aperto no peito? | Sim | <input type="checkbox"/> |
| | Não | <input type="checkbox"/> |
| 7. <u>Nos últimos 12 meses</u> , o que é que fez agravar a pieira? | | |

(Assinale todas as respostas aplicáveis)

Clima Roupas de lã

- 5-6 meses
 Mais de seis meses

5. O seu filho tem irmãos ou irmãs mais velhos?

- Não
 Sim

Se a resposta for sim, quantos irmãos mais velhos? _____
 quantas irmãs mais velhas? _____

6. O seu filho tem irmãos ou irmãs mais novos?

- Não
 Sim

Se a resposta for sim, quantos irmãos mais novos? _____
 quantas irmãs mais novas? _____

7. O seu filho esteve numa ama ou numa creche?

- Não
 Sim

Se a resposta for sim, a partir de que idade? ___ meses

8. O seu filho frequentou algum um infantário?

- Não
 Sim

Se a resposta for sim, a partir de que idade? ___ anos

Doenças e imunizações

9. A mãe da criança teve alguma das seguintes doenças?

(assinale todas as respostas aplicáveis)

- Asma
 Febre dos fenos
 Eczema

10. O pai da criança teve alguma das seguintes doenças?

(assinale todas as respostas aplicáveis)

- Asma
 Febre dos fenos
 Eczema

Anexo II

Formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Saúde

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE DOS ESTABELECIMENTOS DE EDUCAÇÃO E ENSINO

IDENTIFICAÇÃO E CARACT. GERAL

Nº de registo

Ano Lectivo *

ARS *

Distrito *

Concelho *

Freguesia

Centro de Saúde

☐ I

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE EDUCAÇÃO E ENSINO

Código da Escola do Ministério da Educação de outro Sistema de Educação

Agrupamento Escolar

Nome do JI/Escola *

Morada

Localidade Código Postal

Telefone Fax

E-mail

Docente de Contacto

Delegado de Segurança

Número de Alunos M F Total

Número de Docentes

Nº de Aux. Acção Educativa Nº de Outros Profissionais

Tipologia do Estabelecimento *

☐ II

CARACTERIZAÇÃO GERAL

O estabelecimento de educação/ensino possui: (assinale com uma cruz sempre que exista)

<input type="text" value="3"/> Pavilhões/Edifícios Nº	<input checked="" type="checkbox"/> Estacionamento no exterior	<input type="checkbox"/> Estacionamento no interior
<input type="checkbox"/> Cave	<input checked="" type="checkbox"/> R/Chão	<input checked="" type="checkbox"/> Outros pisos Nº de pisos <input type="text" value="1"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Construção em alvenaria	<input checked="" type="checkbox"/> Pré-fabricado	<input type="checkbox"/> Outra Qual? <input type="text"/>
Nº de salas de aula: <input type="text" value="5"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Sala de Professores	<input type="checkbox"/> Gabinete Saúde Escolar
<input type="checkbox"/> Recreio c/área coberta em cimento	<input type="checkbox"/> Sala de isolamento (situações de doença súbita)	<input type="checkbox"/> Centro de Recursos
<input type="checkbox"/> Recreio c/área coberta por vidro c/protecção UV	<input checked="" type="checkbox"/> Recreio sem área coberta	<input type="checkbox"/> Recreio c/área coberta com material têxtil
<input checked="" type="checkbox"/> Instal. sanitárias (IS) para alunos	<input checked="" type="checkbox"/> IS para professores/funcionários	<input type="checkbox"/> Sem recreio
<input type="checkbox"/> Arrecadação geral	<input checked="" type="checkbox"/> Arrecadação de material didáctico	<input type="checkbox"/> IS p/ pessoas c/ mobilidade condicionada
<input checked="" type="checkbox"/> Ginásio	<input type="checkbox"/> Campo(s) de jogos exterior(es)	<input checked="" type="checkbox"/> Arrecadação de material de limpeza
<input type="checkbox"/> Laboratório	<input type="checkbox"/> Oficina	<input type="checkbox"/> Vestiários / Banheiros
<input type="checkbox"/> Bufete/Bar de Alunos	<input type="checkbox"/> Bufete/Bar de Professores	<input type="checkbox"/> Biblioteca, mediateca e/ou similares
		<input checked="" type="checkbox"/> Zona de armazenagem de alimentos

Cozinha *Nº médio de refeições/dia*
 Zona preparação de pequenas refeições (merenda da manhã / lanches)
 Refeitório *Capacidade (pessoas)*

Catering
 Confeção de refeições exclusivamente na escola
 Outro

ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO Sistema Público Outro Qual?

REDE DE ESGOTOS Sistema Público Outro Qual?

RESÍDUOS SÓLIDOS C/ recolha selectiva C/ recolha não selectiva S/ recolha

CLIMATIZAÇÃO DA EDIFICAÇÃO
 Gás de rede Gás de botija
 Eléctrico Carvão/Lenha
 Sem aquecimento Outro Qual?
 Meios de arrefecimento Qual/Quais?

AQUECIMENTO DE ÁGUA
 Esquentador Termoacumulador
 Caldeira Sem aquecimento
 Outro Qual?

PASSAGENS COBERTAS ENTRE EDIFÍCIOS
 Existem entre todos os pavilhões/edifícios
 Há pavilhões/edifícios que não possuem
 Não existem

PÉ DIREITO Regularizar Não regularizar Onde?

REVESTIMENTO DA COBERTURA
 Telha Chapa de Fibrocimento Ano aplicação
 Chapa metálica Outra Qual?

OUTROS
 Pára-Raios Material de 1º Socorros
 Plano de Segurança

TABACO

1. A escola respeita a legislação do tabaco

2. A escola interdito completamente fumar em todo o espaço escolar? * Sim Não

3. Existem dísticos de proibição de fumar colocados em locais bem visíveis? * Sim Não

4. Houve alguma queixa relativamente ao consumo de tabaco no interior da escola no último ano lectivo? * Sim Não

Se Sim, indique qual/quais os motivos:
 Os professores ou funcionários fumam no interior da escola
 Os alunos fumam no interior da escola
 Venda de tabaco na escola
 A escola tem espaço para fumadores

Outros motivos:

5. A escola tem alguma iniciativa relevante sobre o consumo de tabaco? * Sim Não

SEGURANÇA

III-A

SEGURANÇA - MEIO ENVOLVENTE PRÓXIMO (até 200 m)

1. Linhas férreas sem protecção

2. Estabelecimentos e/ou depósitos de produtos qualificados como tóxicos ou perigosos

- | | |
|---|---------------------|
| 3. Aeroportos e/ou estabelecimentos militares | A - Não se verifica |
| 4. Pedreiras e/ou encostas perigosas | NA - Não se aplica |
| 5. Áreas pantanosas e/ou cursos de água não protegidos | NA - Não se aplica |
| 6. Sinalização de aproximação de escola inexistente, em mau estado de conservação e/ou de funcionamento | A - Não se verifica |
| 7. Trânsito rodoviário intenso sem meios de minimização de riscos (lombas, semáforos, sentido único, bandas transversais, etc.) | A - Não se verifica |
| 8. Sinalização rodoviária (passadeiras, semáforos, etc.) ausentes ou em mau estado de conservação ou funcionamento | A - Não se verifica |
| 9. Curvas, lombas e cruzamentos sem protecção | A - Não se verifica |

TOTAL DE CRITÉRIOS

B - Média gravidade

C - Elevada gravidade

III-B

SEGURANÇA - RECINTO ESCOLAR E ESPAÇO DE JOGO E RECREIO

RECINTO / ESPAÇO DE RECREIO

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Vedação inexistente ou em mau estado de conservação | A - Não se verifica |
| 2. Vedação com base inferior pontiaguda e/ou incompleta até ao muro/pavimento | A - Não se verifica |
| 3. Vedação encimada por arame farpado, cacos de vidro ou pontas de lança | A - Não se verifica |
| 4. Vedação com grades que permitem a passagem da cabeça de uma criança | A - Não se verifica |
| 5. Postos de alta tensão no recinto escolar | NA - Não se aplica |
| 6. Poços sem protecção | NA - Não se aplica |
| 7. Acessibilidade inadequada dos meios de socorro e salvamento a todas as zonas do edifício escolar | A - Não se verifica |
| 8. Acessibilidade inadequada a todos os espaços da escola (rampas ou outros sistemas para pessoas com mobilidade condicionada) | B - Média gravidade |
| 9. Acessos à escola sem iluminação artificial | A - Não se verifica |
| 10. Inexistência de separação física para a entrada de veículos e de peões | A - Não se verifica |
| 11. Inexistência de entrada secundária para viaturas de abastecimento | A - Não se verifica |
| 12. Dispositivos de drenagem de águas pluviais (valas, caleiras) inexistentes ou em mau estado de conservação ou sem grelha de protecção | A - Não se verifica |
| 13. Portão principal da escola comunica directamente para a rua/estrada (sem barreira de protecção) | A - Não se verifica |
| 14. Coberturas entre edifícios/pavilhões inexistentes, insuficientes e/ou em mau estado de conservação | B - Média gravidade |
| 15. Pavimento com acentuado declive, em mau estado de conservação e/ou com desníveis que suscitam quedas | B - Média gravidade |

EQUIPAMENTO DO ESPAÇO DE RECREIO

- | | |
|---|--------------------|
| 16. Materiais não duráveis e/ou de difícil manutenção | NA - Não se aplica |
| 17. Materiais facilmente inflamáveis, tóxicos, susceptíveis de provocar queimaduras | NA - Não se aplica |
| 18. Superfície de impacto inadequada | NA - Não se aplica |
| 19. Equipamento possui material cortante e/ou pontiagudo (arestas vivas, superfícies rugosas, lascas, pregos, parafusos e/ou outro) | NA - Não se aplica |
| 20. Equipamento possui cordas, cabos ou correntes pouco resistentes e/ou em mau estado de conservação | NA - Não se aplica |
| 21. Junções e partes móveis com aberturas que podem prender partes do vestuário ou provocar entalões | NA - Não se aplica |
| 22. Equipamento sem adequada fixação ao solo | NA - Não se aplica |
| 23. Elementos de fixação ao solo salientes ou pouco visíveis | NA - Não se aplica |
| 24. Zonas elevadas do equipamento sem protecção e/ou que não evitam o risco de queda acidental | NA - Não se aplica |
| 25. Área de ocupação inadequada (relativamente ao espaço entre equipamentos) | NA - Não se aplica |

26. Equipamento deteriorado e susceptível de pôr em risco a segurança dos utentes	NA - Não se aplica
27. Equipamento de jogo e recreio ou parte dele inacessível aos adultos	NA - Não se aplica
28. Equipamento não menciona - Conforme com os requisitos de segurança e/ou não possui referência CE	NA - Não se aplica
29. Equipamento não menciona a idade mínima e máxima dos utilizadores	NA - Não se aplica
EQUIPAMENTO COM ELEMENTOS ROTATIVOS (carrossel, cavalinhos, etc.)	
30. Equipamento não concebido para que quando o utilizador cai ou sai, os riscos de lesão sejam reduzidos ao mínimo	NA - Não se aplica
31. Espaços entre os elementos rotativos e as suas partes fixas susceptíveis de prender o utilizador (permite a introdução de parte do corpo ou do vestuário)	NA - Não se aplica
ESCORREGA	
32. Parte deslizante do escorrega de difícil acesso	NA - Não se aplica
33. Superfície de deslizamento não permite a redução da velocidade nem impede a projecção dos utilizadores	NA - Não se aplica
BALOIÇOS E EQUIPAMENTO PENDULAR	
34. Implantação do baloiço ou outro equipamento pendular não impede o acesso pela retaguarda	NA - Não se aplica
35. Implantação do baloiço ou outro equipamento pendular não permite a sua paragem	NA - Não se aplica
36. O assento do baloiço não possui material adequado a um amortecimento de choques com terceiros ou com o utilizador	NA - Não se aplica

TOTAL DE CRITÉRIOS

B - Média gravidade

C - Elevada gravidade

III-C

SEGURANÇA - EDIFÍCIO ESCOLAR

1. Escadas sem protecção lateral	A - Não se verifica
2. Escada com guardas laterais que permitem a passagem da cabeça (abertura >11cm) e/ou com septos horizontais que favorecem a escalada	A - Não se verifica
3. Escada com concepção susceptível de provocar lesões (corrimão com arestas vivas e/ou utilizável como escorrega)	B - Média gravidade
4. Degraus irregulares, sem piso anti-derrapante e/ou sem espelho	A - Não se verifica
5. Acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada inexistente, mal concebida ou insuficiente (rampas, elevadores, etc.)	B - Média gravidade
6. Varandas sem protecção ou com protecção inferior a 1,00 m (escolas com mais de 1 piso)	A - Não se verifica
7. Pavimento com desníveis, tacos soltos, revestimentos descolados, etc.	A - Não se verifica
8. Pavimentos derrapantes (átrios, corredores, ginásio...)	A - Não se verifica
9. Janelas passíveis de provocar traumatismos (ex. guilhotina)	A - Não se verifica
10. Grades fixas nas janelas que não permitem a sua utilização em caso de emergência	B - Média gravidade
11. Portas em vias de evacuação sem abertura no sentido da saída e/ou sem barras anti-pânico	A - Não se verifica
12. Portas totalmente envidraçadas em corredores e/ou entradas de grande movimento sem vidro temperado e/ou sem sinalização visual	A - Não se verifica
13. Corredores sem largura mínima de 1,60m e/ou com zonas de estrangulamento	A - Não se verifica
14. Sinalização de emergência inexistente, mal localizada e/ou saídas de emergência obstruídas	A - Não se verifica
15. Lâmpadas sem dispositivos de protecção ou em risco de queda	A - Não se verifica
16. Instalações eléctricas mal localizadas, sem protecção, danificadas e/ou em sobrecarga (tomadas, interruptores e caixas de derivação)	A - Não se verifica
17. Instalações eléctricas destinadas a aquecimento e à utilização de electrodomésticos, sem ligação a um eléctrodo de terra	A - Não se verifica
18. Equipamentos de aquecimento não regulável, que liberta gases tóxicos e/ou em mau estado de conservação	A - Não se verifica
19. Esquentadores a gás no interior das instalações sanitárias ou banheiros	A - Não se verifica
20. Instalação e aparelhos de gás não vistoriados periodicamente por técnicos credenciados	A - Não se verifica

Data de validade da vistoria	2014-06-30
Data da vistoria (mês/ano)	
21. Depósitos/bilhas de gás sem acesso condicionado e/ou sem sinalização de perigo	A - Não se verifica
22. Ausência de Plano de Segurança (P. Prevenção em escolas com <=500 utilizadores; P. Prevenção e P. Emergência em escolas com >500 utilizadores)	B - Média gravidade
23. A escola não possui pessoal com formação em primeiros socorros	A - Não se verifica
24. Material de primeiros socorros inexistente, insuficiente ou inadequado	A - Não se verifica
25. Equipamentos de extinção de incêndio fora do prazo de validade, inadequados, inexistentes ou não sinalizados	A - Não se verifica
Data de validade dos extintores	2012-11-30
26. Salas com ocupação superior a 100 pessoas, sem saída de emergência	A - Não se verifica
27. Material e equipamento escolar sem local próprio para arrumo e/ou este é inadequado ou insuficiente	A - Não se verifica
28. Produtos de higiene e limpeza não rotulados, em recipientes inadequados e/ou indevidamente armazenados	A - Não se verifica
GINÁSIO / CAMPO DE JOGOS	
29. Balizas e/ou tabelas não se encontram solidamente fixas ao pavimento	NA - Não se aplica
30. Equipamentos desportivos com elementos de fixação ao solo salientes	NA - Não se aplica
31. Equipamento desportivo possui material cortante e/ou pontiagudo (arestas vivas, rebarbas, superfícies rugosas, pregos, parafusos ou outros)	NA - Não se aplica
32. Pavimento em mau estado de conservação e/ou com superfície inadequada (cimento, gravilha, alcatrão)	NA - Não se aplica
LABORATÓRIOS / OFICINAS	
33. Portas sem abertura para o exterior	NA - Não se aplica
34. Instalação de gás em mau estado de conservação e/ou não vistoriada	NA - Não se aplica
Data de validade da vistoria (mês/ano)	
Data da vistoria (mês/ano)	
35. Ventilação/exaustão inexistente ou inadequada nos locais de manipulação de produtos tóxicos e/ou que libertem poeiras e/ou gases	NA - Não se aplica
36. Equipamentos de extinção de incêndio fora do prazo de validade, inadequados ou inexistentes	NA - Não se aplica
37. Equipamento de protecção individual inexistente ou insuficiente para todos os utilizadores	NA - Não se aplica
38. Máquinas e equipamentos sem protecção adequada e/ou não respeitem a Directiva "Máquinas" e/ou Directiva "Equipamentos de trabalho"	NA - Não se aplica
39. Produtos químicos indevidamente armazenados (quanto ao local, ventilação, acessibilidade...)	NA - Não se aplica
40. Produtos químicos indevidamente acondicionados sem rótulos e/ou sem ficha de segurança	NA - Não se aplica
41. Normas de segurança / sinalização não afixadas em local visível ou inexistentes	NA - Não se aplica
42. Ferramentas e outros utensílios sem local próprio para arrumo ou este é inadequado/insuficiente	NA - Não se aplica
43. Chuveiros e/ou lava-olhos de emergência inexistentes ou em mau estado de funcionamento	NA - Não se aplica
44. Material de 1ºs socorros inexistente, insuficiente ou inadequado	NA - Não se aplica

TOTAL DE CRITÉRIOS

B - Média gravidade

C - Elevada gravidade

III-D

SEGURANÇA - ZONA(s) DE ALIMENTAÇÃO COLECTIVA

1. Grelhas e outros dispositivos de escoamento inexistentes, mal colocados e/ou susceptível de provocar quedas	A - Não se verifica
2. Sistema de exaustão/renovação do ar inexistente, em mau estado de conservação e/ou de funcionamento	A - Não se verifica
3. Pavimentos derrapantes e/ou com más condições de conservação que provocam quedas	A - Não se verifica

4. Instalação de gás não vistoriada periodicamente por técnicos credenciados	A - Não se verifica
Data de validade da vistoria (mês/ano)	6/2014
Data da vistoria (mês/ano)	
5. Lâmpadas sem dispositivo de protecção ou em risco de queda	A - Não se verifica
6. Equipamentos de extinção de incêndio fora do prazo de validade, inadequados ou inexistentes	A - Não se verifica
7. Produtos de higiene e limpeza não rotulados, em recipientes inadequados e/ou indevidamente armazenados	B - Média gravidade
TOTAL DE CRITÉRIOS	B - Média gravidade <input type="text" value="1"/> C - Elevada gravidade <input type="text" value="0"/>

HIGIENE E SAÚDE

IV-A

HIGIENE E SAÚDE - MEIO ENVOLVENTE PRÓXIMO (até 200 metros)

1. Esgotos a céu aberto	NA - Não se aplica
2. Fontes permanentes de ruído e/ou vibrações que perturbam o normal funcionamento das actividades escolares	NA - Não se aplica
3. Estabelecimentos qualificados como insalubres	A - Não se verifica
4. Lixeiras	NA - Não se aplica
5. Fontes permanentes de poeiras, fumos, gases ou maus cheiros	A - Não se verifica
6. Zonas e/ou cursos de água poluídos	NA - Não se aplica
TOTAL DE CRITÉRIOS	B - Média gravidade <input type="text" value="0"/> C - Elevada gravidade <input type="text" value="0"/>

IV-B

HIGIENE E SAÚDE - RECINTO ESCOLAR E ESPAÇO DE JOGO E RECREIO

1. Solo/pavimento sem condições de drenagem adequadas	B - Média gravidade
2. Limpeza geral do espaço, do mobiliário urbano (papeleiras, bancos, bebedouro, etc.), do equipamento e/ou da superfície de impacto, inexistente ou insuficiente	B - Média gravidade
3. Ausência de área de recreio coberta ou esta é insuficiente	B - Média gravidade
4. Areia, aparas de madeira ou outro material similar sem renovação anual	A - Não se verifica
5. Vegetação susceptível de causar danos	A - Não se verifica
TOTAL DE CRITÉRIOS	B - Média gravidade <input type="text" value="3"/> C - Elevada gravidade <input type="text" value="0"/>

IV-C

HIGIENE E SAÚDE - EDIFÍCIO ESCOLAR

1. Instalações com más condições de higiene e/ou de conservação	B - Média gravidade
2. Salas de aula, balneários, vestiários, instalações sanitárias, despensas, etc., com sinais evidentes de humidade	C - Elevada gravidade
3. Pé direito não regulamentar	A - Não se verifica
4. Revestimento das coberturas dos edifícios/pavilhões inadequada	B - Média gravidade
5. Água não potável	A - Não se verifica
6. Esgotos sem ligação ao sistema público ou sem sistema de tratamento adequado	A - Não se verifica
7. Contentores de resíduos sólidos em mau estado de conservação e higiene	A - Não se verifica

8. Resíduos sólidos sem remoção ou esta é inadequada	A - Não se verifica
9. Salas de aula sem iluminação natural (caves ou salas interiores)	A - Não se verifica
10. Salas de aula, ginásio, oficina, laboratório (etc.) sem iluminação artificial	A - Não se verifica
11. Salas de aula, ginásio, oficina, laboratório sem ventilação adequada (natural ou forçada)	A - Não se verifica
12. Revestimentos em mau estado de conservação e/ou de higiene (paredes, pavimentos e tectos)	B - Média gravidade
13. Equipamento escolar inadequado, do ponto de vista ergonómico e/ou em mau estado de conservação e/ou de higiene	A - Não se verifica
14. Dispositivos de protecção que impedem a incidência directa da radiação solar inexistentes, em mau estado de conservação e/ou de higiene (estores, persianas, cortinados, etc.)	B - Média gravidade
15. Janelas em mau estado de conservação e/ou de funcionamento	B - Média gravidade
16. Salas de aula sem conforto térmico	B - Média gravidade
17. Salas de aula com condições acústicas que perturbam o normal funcionamento das actividades escolares	A - Não se verifica
18. Equipamentos informáticos mal localizados em relação às fontes de iluminação	A - Não se verifica
19. Laboratório/oficina sem lavatório com água corrente e meios de lavagem e secagem de mãos	B - Média gravidade
20. Equipamentos desportivos em mau estado de conservação e/ou de higiene	A - Não se verifica
21. Instalações sanitárias, balneários e vestiários sem separação por sexo e/ou em número insuficiente	A - Não se verifica
22. Instalações sanitárias, balneários, vestiários e/ou seus equipamentos com más condições de higiene e conservação (torneiras, canos, bacias entupidas ou partidas)	A - Não se verifica
23. Instalações sanitárias, balneários e/ou vestiários com más condições de iluminação e/ou de ventilação	A - Não se verifica
24. Instalações sanitárias, balneários e/ou pias de despejo sem água corrente e/ou sem ligação a sistema de tratamento de esgotos	A - Não se verifica
25. Instalações sanitárias e balneários não dotados de mecanismos adequados de higiene, lavagem e secagem de mãos individual (sabão líquido, toalhetes de papel e papel higiénico)	B - Média gravidade
26. Instalações sanitárias, balneários, vestiários com revestimento e/ou pavimento inadequado e/ou em mau estado de conservação	A - Não se verifica
27. Instalação sanitária para pessoas com mobilidade condicionada inexistente, de dimensão inadequada e/ou insuficientemente equipada	A - Não se verifica
28. Equipamento dos balneários e vestiários inexistente, em mau estado de conservação e/ou higiene (grelias, cabides, armários, bancos, etc.)	A - Não se verifica

TOTAL DE CRITÉRIOS

B - Média gravidade

C - Elevada gravidade

IV-D

HIGIENE E SAÚDE - ZONA(S) DE ALIMENTAÇÃO COLECTIVA

ESTRUTURA E EQUIPAMENTO

1. Cozinha, refeitório, bar ou bufete com más condições de higiene e conservação	A - Não se verifica
2. Cozinha, refeitório, bar ou bufete com sinais evidentes de humidade	A - Não se verifica
3. Paredes, tecto e/ou pavimento com revestimento inadequado	A - Não se verifica
4. Superfícies de trabalho (mesa, balcão, bancada, prateleiras, etc.) em mau estado de higiene e/ou de conservação	A - Não se verifica
5. Superfícies de trabalho em material inadequado (não são impermeáveis, resistentes nem de fácil lavagem)	A - Não se verifica
6. Cozinha, refeitório, bar ou bufete com iluminação inadequada e/ou insuficiente	A - Não se verifica
7. Cozinha, refeitório, bar ou bufete com ventilação inadequada e/ou insuficiente	A - Não se verifica
8. Cozinha, refeitório, bar ou bufete sem água corrente, quente e fria	A - Não se verifica
9. Lavatório de serviço para manipuladores de alimentos inexistente, sem água corrente e/ou sem torneira de comando não manual e/ou sem dispositivo de lavagem e secagem de mãos	A - Não se verifica
10. Louça e utensílios (pratos, copos...) danificados (lascados, partidos...) em mau estado de higiene e/ou incorrectamente guardados	A - Não se verifica
11. Equipamento de refrigeração de produtos alimentares inexistente, em mau estado de	A - Não se verifica

funcionamento, conservação e higiene e/ou sem termóstato	
12. Equipamento de conservação de congelados inexistente, em mau estado de funcionamento, conservação e/ou higiene e/ou sem termóstato	A - Não se verifica
13. Inexistência de registo diário das temperaturas dos equipamentos de frio	A - Não se verifica
14. Despensa/zona de armazenagem de alimentos inexistente, sem ventilação e/ou com sinais evidentes de humidade	B - Média gravidade
15. Produtos e equipamentos de higiene e limpeza em local inadequado	B - Média gravidade
16. Recipientes para o lixo não accionados por pedal, não herméticos e/ou não revestidos por saco plástico de utilização única	A - Não se verifica
17. Janelas sem redes de protecção contra insectos e/ou as redes encontram-se em mau estado de higiene e/ou conservação	A - Não se verifica
18. Sistema de eliminação de insectos inexistente, mal localizado ou em mau estado de funcionamento	B - Média gravidade
19. Não existe um programa de desinfestação periódica	A - Não se verifica
PRODUTOS ALIMENTARES E REFEIÇÕES	
20. Más condições de higiene na preparação, conservação, confecção e/ou distribuição dos alimentos	A - Não se verifica
21. Produtos alimentares armazenados sem a devida separação por categorias e/ou em local inadequado	A - Não se verifica
22. Produtos alimentares não rotulados, em mau estado de conservação e/ou insalubres	A - Não se verifica
23. Existe risco de contaminação cruzada	A - Não se verifica
BUFETE/BAR	
24. Produtos de pastelaria e similares não se encontram expostos em vitrinas, expositores ou em equipamento de refrigeração adequado	NA - Não se aplica
COZINHA	
25. Grelhas e outros dispositivos de escoamento em mau estado de higiene e conservação	A - Não se verifica
26. Disposição da cozinha e dos equipamentos não permite estabelecer o circuito de "marcha em frente"	A - Não se verifica
27. Zona de preparação de alimentos sem cubas de lavagem distintas (mínimo para carne/peixe e vegetais)	A - Não se verifica
28. Equipamentos de confecção em mau estado de higiene e de conservação (fogão, fritadeira, grelhador...)	A - Não se verifica
29. Copa suja (destinada à recepção e lavagem de loiça suja) inexistente, insuficiente, mal localizada e/ou sem equipamento básico (cuba para lavagem de loiça e máquina de lavar loiça)	A - Não se verifica
30. Copa limpa (destinada ao empratamento e distribuição do serviço) inexistente e/ou mal localizada	A - Não se verifica
31. Amostra da refeição do dia não conservada em recipiente adequado e/ou não guardada durante 72 horas	A - Não se verifica
32. Inexistência de controlo da qualidade dos óleos	A - Não se verifica
REFEITÓRIO	
33. Não existe lavatório à entrada nem dispositivo de lavagem e secagem das mãos ou estes encontram-se em mau estado de funcionamento	B - Média gravidade
34. Linha de serviço de refeições inexistente, insuficiente, em material inadequado e/ou em mau estado de higiene e conservação	A - Não se verifica
35. Loiça, talheres e/ou pão expostos, sem protecção ou acondicionados em más condições de higiene	A - Não se verifica
36. Banho-maria inexistente ou este não possui termóstato	A - Não se verifica
37. Refeições quentes não conservadas a uma temperatura igual ou superior a 65°C	A - Não se verifica
38. Sobremesas sem refrigeração adequada, quando necessário	A - Não se verifica
39. Circuito sujo e circuito limpo sem uma correcta separação	A - Não se verifica
MANIPULADORES DE ALIMENTOS	
40. Não existem normas de higiene/procedimentos afixadas	A - Não se verifica
41. Incumprimento das normas de higiene pessoal (unhas, cabelo, vestuário, feridas, etc.)	A - Não se verifica
42. Manipuladores sem formação em Higiene e Segurança Alimentar	A - Não se verifica
43. Inexistência ou não utilização de equipamento de protecção individual pelos manipuladores (vestuário, touca, luvas, avental, sapatos anti-derrapantes)	A - Não se verifica
CATERING	

44. A escola não possui estrutura nem equipamento adequado para a recepção, conservação e distribuição dos alimentos

NA - Não se aplica

TOTAL DE CRITÉRIOS

B - Média gravidade

4

C - Elevada gravidade

0

OBS., MEDIDAS

OBSERVAÇÕES

MEDIDAS
PROPOSTAS

PARTICIPANTES
NA AVALIAÇÃO

TSA Susana Coito e TSA Teresa Pereira

DATA

2012-02-06

AVALIAÇÃO GLOBAL

Avaliação Global

SEGURANÇA

Meio envolvente próximo

Boa Razoável Má N/A

Recinto escolar e espaço de jogo e recreio

Boa Razoável Má N/A

Edifício escolar

Boa Razoável Má N/A

Zona(s) de alimentação colectiva

Boa Razoável Má N/A

HIGIENE E SAÚDE

Meio envolvente próximo

Boa Razoável Má N/A

Recinto escolar e espaço de jogo e recreio

Boa Razoável Má N/A

Edifício escolar

Boa Razoável Má N/A

Zona(s) de alimentação colectiva

Boa Razoável Má N/A

Anexo III

Relatório de Avaliação das condições de segurança, higiene e saúde do
estabelecimento de ensino



ARSLVT

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



ACES de ALMADA
Unidade de Saúde Pública

Agrupamento dos Centros de
Saúde (ACES) de **Almada**

(Almada, Costa, Piedade)

RELATÓRIO DE VISITA

No dia seis do mês de Fevereiro do ano de 2012, Teresa Pereira e Susana Coito, Técnicas de Saúde Ambiental no ACES de Almada, efectuaram uma vistoria no âmbito da Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde, na **Escola Básica/Jardim de Infância N.º 1 da Trafaria**, sita na Av. 25 de Abril, na Trafaria, tendo sido acompanhadas pela Sr.ª Professora Ivete Velho.

Da vistoria efectuada foram verificadas algumas anomalias que devem ser corrigidas:

1. GERAL:

- 1.1. Proceder ao nivelamento do pavimento nos locais onde o mesmo se encontra passível de provocar quedas;
- 1.2. Aumentar a zona de recreio com área coberta, uma vez que a que existe é muito pequena. Deve ser prevista uma passagem coberta entre o edifício escolar e o pavilhão do refeitório;
- 1.3. Eliminar as infiltrações e humidades existentes nas paredes das salas de aula n.º 1, 2, 3 e 4;
- 1.4. Proceder ao arranjo e respectiva pintura das paredes da escada de acesso ao 1º andar;
- 1.5. Proceder à reparação das infiltrações existentes no espaço de semi cave, denominado "cantina velha";
- 1.6. Reparar a parede exterior das traseiras do edifício principal que se encontra em mau estado de conservação;
- 1.7. Proceder à reparação de todos os estores de tecido que se encontram com problemas de funcionamento;
- 1.8. Todos os espaços interiores devem dispor de ventilação natural ou artificial;
- 1.9. O espaço de jogo e recreio, deverá cumprir o disposto no Decreto Lei n.º 379/97 de 27 de Dezembro;
- 1.10. Actualizar e implementar o Plano de Segurança;
- 1.11. Dotar o recinto escolar de mobiliário, nomeadamente papeleiras e bancos.

1/3

ACES de Almada
Unidade de Saúde Pública
Rua Luís António Verney, 35 – 2805-169 Cova da Piedade
Tel. 212721635/6 @ Fax 212721631
Email: spublica@csalmada.min-saude.pt

Susana Coito



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



ACES de ALMADA
Unidade de Saúde Pública

Agrupamento dos Centros de
Saúde (ACES) de **Almada**

(Almada, Costa, Piedade)

2. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS:

- 2.1. Eliminar infiltrações e humidades existentes;
- 2.2. Todas as instalações sanitárias devem ter disponível sistema individual de secagem de mãos;
- 2.3. Nas instalações sanitárias dos professores (1º andar do edifício principal) deve proceder-se à reparação das humidades aí existentes.

3. SALA DAS FUNCIONÁRIAS:

- 3.1. Proceder à reparação das paredes e tectos da zona destinada aos funcionários, (no vão da escada do edifício principal);

4. REFEITÓRIO / COZINHA / DESPENSAS:

- 4.1. Na cozinha colocar fitas que impeçam a entradas de moscas na porta que permite o acesso para o exterior;
- 4.2. Manter sempre ligado o electrocutor de insectos, adequando a sua localização;
- 4.3. O recipiente do lixo deve ter a tampa accionada por meio de pedal;
- 4.4. Adquirir armários para a colocação dos produtos de higiene e limpeza;
- 4.5. Todas as mangueiras existentes na instalação de gás devem apresentar indicação do respectivo prazo de validade;
- 4.6. Proceder à eliminação das humidades existentes no refeitório, no recanto junto às instalações sanitárias femininas;
- 4.7. Na despensa A7 deve proceder-se à limpeza dos fungos existentes nas paredes.

5. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS OS MANIPULADORES DE ALIMENTOS:

- 5.1. Colocar molas de retorno nas duas portas que separam a instalação sanitária do espaço de cozinha;
- 5.2. Aconselha-se a que seja retirado o bidé;
- 5.3. Proceder à eliminação, limpeza e pintura das paredes que apresentam muitos fungos (bolor).

2/3

ACES de Almada
Unidade de Saúde Pública
Rua Luís António Verney, 35 – 2805-169 Cova da Piedade
Tel. 212721635/6 © Fax 212721631
Email: spublica@csalmada.min-saude.pt

Bril
D. Almeida



ARSLVT

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



Ministério da Saúde

ACES de ALMADA
Unidade de Saúde Pública

Agrupamento dos Centros de
Saúde (ACES) de **Almada**

(Almada, Costa, Piedade)

6. INSTALAÇÕES SANITÁRIAS DO REFEITÓRIO:

6.1. Reposicionar os lavatórios e urinóis à altura adequada para as crianças.

7. DESPENSAS DA CANTINA (Nº 2 E Nº 3):

7.1. Deve ser colocada mola de retorno em ambas as portas de modo a que as mesmas permaneçam fechadas.

8. MATERIAL DE 1ºS SOCORROS:

8.1. Repor o material mínimo de 1ºs socorros, nomeadamente luvas descartáveis.

A Técnica de Saúde Ambiental

A Técnica de Saúde Ambiental

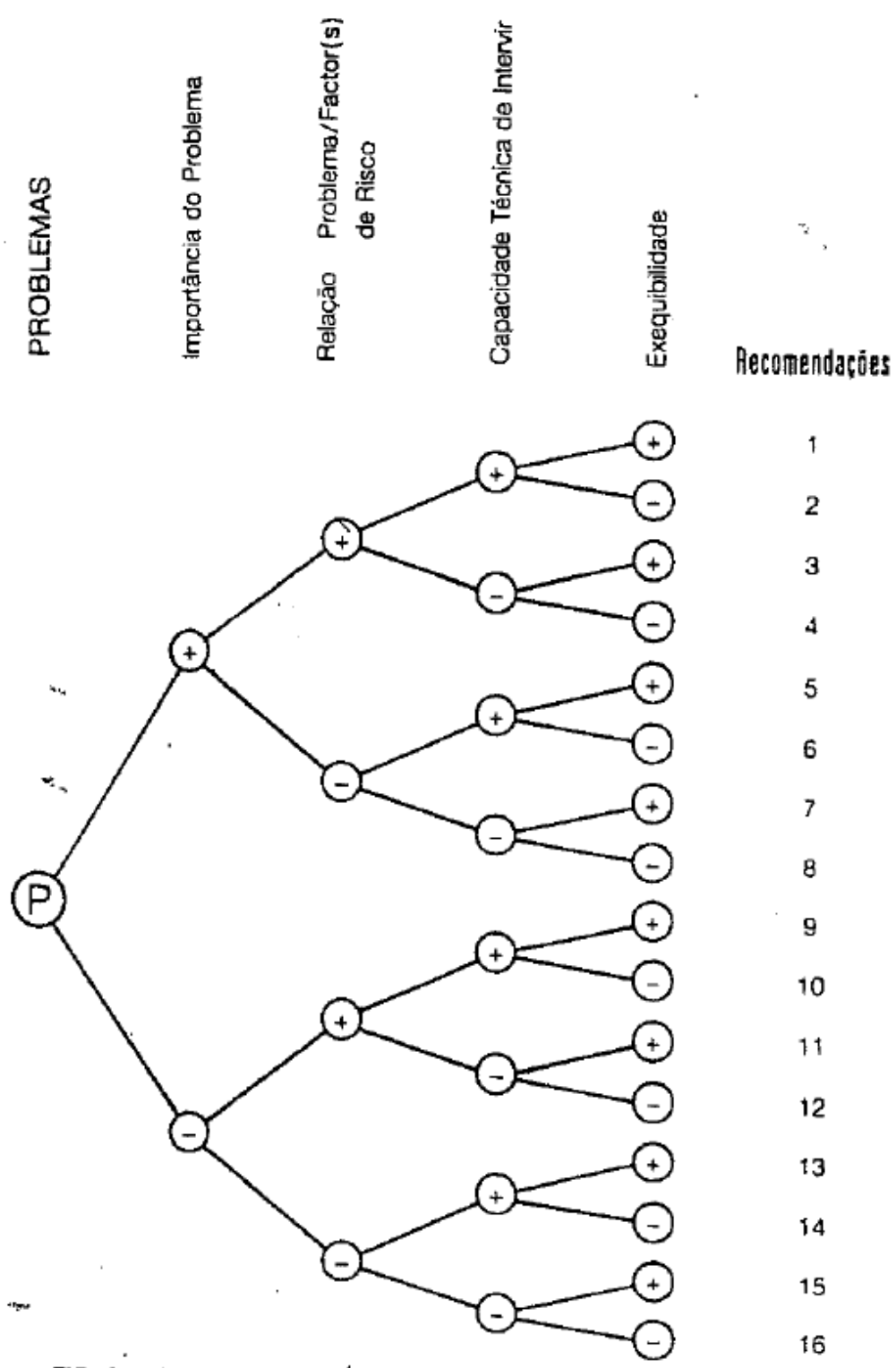
Susana Coito

Teresa Pereira

Centro de Saúde de Almada
Unidade de Saúde Pública
Rua Luís António Verney, 35
2805-169 Cova da Piedade
Telef. 212.721.630

Anexo IV

Grelha de análise



Grelha de análise para determinação de prioridades.

Fonte: Pineault e Davueluy (1986)

APÊNDICES

Apêndice I

Caracterização do ACES de Almada

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, com a missão de garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. No contexto de reforma dos CSP em 2008 surge o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de fevereiro que cria os ACES do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações Regionais de Saúde. O mesmo Decreto-lei menciona como unidades funcionais: unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, UCC, unidades de saúde pública e unidades de recursos assistenciais partilhados. Neste contexto de mudança, a portaria nº276/2008 de 18 de março cria o ACES da Península de Setúbal I – Almada constituído por várias unidades funcionais integradas em três Centros de Saúde, com uma área de influência de 11 freguesias, definindo como visão “a implementação e garantia de funcionamento de uma rede de unidades funcionais de saúde, de qualidade, ajustadas às características e necessidades da população próximas dos cidadãos”. Segundo o Decreto-lei nº95/2011 de 10 de janeiro artigo nº2, os objetivos primordiais do ACES de Almada assentam: na melhoria continuada do nível de saúde da população da área geodemográfica; na promoção e monitorização da saúde através da sua proteção e vigilância, a prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da doença, tratamento e reabilitação de doentes; no aumento da efetividade dos programas de intervenção e desenvolvimento de atividades dirigidas ao indivíduo, à família, a grupos populacionais vulneráveis e à comunidade através do planeamento da saúde e da prestação de cuidados; na integração de intervenções em saúde, promover boas práticas clínicas e de ação comunitária, capacitando os recursos humanos e o reforça a articulação institucional. O artigo nº3 do Decreto-lei 95/2011 de 10 de janeiro refere que o ACES de Almada tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica recorrendo à primeira linha de atuação do sistema nacional de saúde que corresponde à promoção e proteção de saúde, a prevenção da doença e prestação de cuidados na doença. O âmbito de intervenção incide em três vertentes: comunitário e de base populacional; personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes; e do exercício de funções de autoridade de saúde. (Decreto-lei 95/2011 de 10 de janeiro artigo 5º)

O Despacho nº10143/2009 de 16 de abril de 2009 refere que a UCC é uma das unidades funcionais do ACES e a sua atividade desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as restantes unidades funcionais. Esta unidade funcional intervém no âmbito comunitário numa lógica de base populacional. A sua missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção para a obtenção de ganhos em saúde. A UCC de Almada tem por missão a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde, sobretudo a crianças, grávidas, recém-nascidos, e pessoas com maior dependência física e funcional, (Deliberação nº95/2011, artigo 20º de 10 de janeiro de 2011).

Apêndice II

Pedido de autorização de realização de estágio

Apêndice III

Pedido de autorização para nomear no projeto de estágio nome da instituição e respectivas unidades funcionais

Exmo. Senhor Diretor do
Agrupamento de Centros de Saúde de Almada

Made a o/ra
com conhecimento do present
despacho e foi lido
Carrilho 18.7.2012
Lima

Assunto: Pedido de autorização nomear o nome da Instituição e Unidades
Funcionais no trabalho de projeto e relatório de estágio.

Selma Alexandra Teixeira Carrilho, enfermeira, a desempenhar funções no Hospital
de Dona Estefânia, presentemente a frequentar o 3º Curso de Mestrado em
Enfermagem, Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado pela
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem solicitar a Vossa Excelência a
autorização para no âmbito do curso acima citado, nomear o nome da Instituição
ACES de Almada e respetivas Unidades Funcionais no seu trabalho de projeto e
relatório de estágio.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 18 de Julho de 2012
Selma Alexandra Teixeira Carrilho

Selma Alexandra Teixeira Carrilho

18 07 2012 2010
18 07 2012 Despachado
RJF/II Projeto e relatório
de estágio

Apêndice IV

Pedido de autorização ao conselho diretivo do agrupamento de escolas
para a realização da colheita de dados


Exma Senhora Directora
do Agrupamento de Escolas da Trafaria

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários aos encarregados de educação da escola EB1/JI nº1 da Trafaria


Eu, Selma Alexandra Teixeira Carrilho, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projecto de intervenção comunitária sobre *Promoção de Ambientes Saudáveis e Prevenção de Manifestações Alérgicas e Respiratórias*.

Venho por este meio pedir a vossa excelência a autorização para aplicar um questionário aos encarregados de educação sobre a temática a desenvolver no projecto.

Peço deferimento


Selma Alexandra Teixeira Carrilho

Trafaria, 14 de Maio de 2012

AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA TRAFARIA	
DATA	14.5.12
CLASS	304 4-1-5
DESPACHO:	
<input type="checkbox"/>	PARA INFORMAR
<input type="checkbox"/>	PARA RESPONDER
<input type="checkbox"/>	PROCEDER CONFORME
<input checked="" type="checkbox"/>	ARQUIVAR
<input type="checkbox"/>	CÓPIA
A DIRECTORA	
	

Apêndice V

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Selma Carrilho, aluna do Mestrado de Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho solicitar a participação de vossa excelência no projeto comunitário a desenvolver no âmbito académico intitulado como ***“Promoção de Ambientes Saudáveis para a Prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias”***, sob orientação do Professor Doutor José Edmundo Sousa.

A sua colaboração consiste no preenchimento do questionário que lhe será cedido, assim como autorizar a utilização do conteúdo do mesmo na realização do trabalho.

A realização do questionário obedece à condição de anonimato de Vossa Ex.^a e reveste-se de primordial importância para a investigação.

Da minha parte comprometo-me com o seguinte:

- As suas informações serão confidenciais;
- Todas as informações serão codificadas de forma a garantir o seu anonimato;

Caso se verifique incumprimento dos requisitos de participação, ou seja da sua vontade poderá anular a sua colaboração.

Assinatura do/a participante

(O/A Participante)

Assinatura da mestranda

(A Mestranda)

Grata pela sua colaboração, Trafaria, __/__/__

Apêndice VI

Pedido de autorização de utilização do questionário ISAAC Fase III ao coordenador Prof. Dr. Rosado Pinto

RE: Autorização de aplicação de questionário ISAAC fase III

De: **Rosado Pinto** (rosadopinto@mail.telepac.pt)
Enviada: quinta-feira, 10 de maio de 2012 13:33:34
Para: 'Selma Carrilho' (selma_carrilho@hotmail.com)
Cc: 'Pedro Martins' (pmartinsalergo@gmail.com)

Com certeza. Se necessitar de esclarecimentos suplementares estou disponível.

Melhores cumprimentos

Rosado Pinto

De: Selma Carrilho [mailto:selma_carrilho@hotmail.com]
Enviada: quinta-feira, 10 de Maio de 2012 13:32
Para: rosadopinto@mail.telepac.pt
Assunto: Autorização de aplicação de questionário ISAAC fase III

Boa Tarde Exmo Senhor Prof.Drº Rosado Pinto

Sou Enfermeira no Serviço de Imunoalergologia do Hospital D.Estefânia a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretendo realizar um projecto no âmbito de saúde escolar sobre "Promoção de Ambientes Saudáveis".

Como o Senhor prof. Drº é o coordenador do ISAAC em Portugal, e após uma conversa com o Drº Pedro Martins, venho por este meio solicitar a vossa excelência autorização para aplicar o questionário do ISAAC fase III à minha amostra do estudo, numa escola do concelho de Almada.

Obrigada pela sua atenção e aguardo resposta.

Atenciosamente, Selma Alexandra Teixeira Carrilho

Apêndice VII

Cronograma

Apêndice VIII

Apresentação da sessão de informação à equipa da UCC



II ÁREA TEMÁTICA

Promoção de ambientes saudáveis para a prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.



I REFERENCIAL TEÓRICO

A teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem



Modelo do empowerment



II METODOLOGIA

OBJECTIVOS

POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

VARIÁVEIS

INDICADORES DE SAÚDE

QUESTÕES ÉTICAS



I OBJECTIVOS



Identificar os déficit ambientais causadores de manifestações alérgicas e respiratórias nas crianças em idade escolar.

Intervir nos déficit identificados.



II OBJECTIVOS



Caracterizar sócio-demograficamente as crianças em idade escolar inseridas numa escola do 1º ciclo do concelho de Almada;

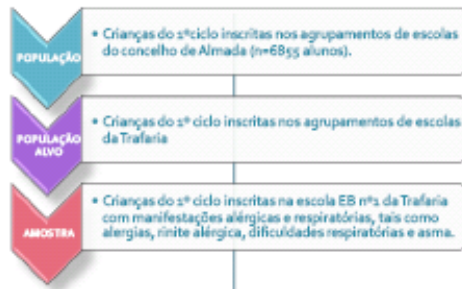
Identificar o ambiente físico (escolar e doméstico) susceptível de causar manifestações alérgicas e respiratórias às crianças inseridas numa escola do 1º ciclo do concelho de Almada;

Compreender de que forma os déficit encontrados se relacionam com a presença ou não de manifestações alérgicas;

Implementar estratégias para minimizar os déficit encontrados.



POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA



Método de Amostragem

Técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.
"Amostras não probabilísticas podem ser seleccionadas tendo como base critérios de escolha intencional (...)"
(CARMO, 1998)



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Questionário padronizado ISAAC fase III
(aplicado no período de 9.06.2012 a 16.06.2012)



Formulário de avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino, emanado pelo Ministério da Saúde.



VARIÁVEIS

Variáveis Independentes

Idade, género, nacionalidade da criança e dos pais, escolaridade, manifestações alérgicas e respiratórias



Variáveis Dependentes

Peso à nascença, tempo gestação, amamentação, permanência em creches, mães e/ou infantários, A.P pais

INDICADORES DE SAÚDE

Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório;

Taxa de mortalidade por bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma;

Prevalência de asma no distrito de Lisboa;

Índice de dependência de jovens com doença crónica.



QUESTÕES ÉTICAS

Pedido de autorização ao conselho executivo ACES Almada

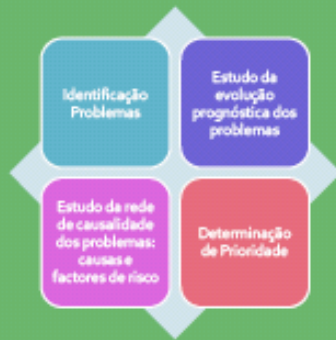
Pedido de autorização de aplicação/adaptação do questionário ISAAC ao coordenador Portugal

Pedido de autorização ao conselho directivo do Agrupamento de Escolas Trafaria

Consentimento Informado aos Pais

Pedido de autorização às organizações para mencionar o seu nome no projecto

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



Características Demográficas



As mães responderam 100% ao questionário.
91% das crianças são de nacionalidade portuguesa.
As mães são 64% de nacionalidade portuguesa e os pais 45%.

Necessidades identificadas

Respiração e alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar **NÃO** estando constipado ou com gripe? > 35,6% (n=17) responderam que sim

Rinite «O seu filho alguma vez teve picos ou assozões (silvos) no peito?» 34,1% (n=15) responderam que sim

Eczema e alguma vez o seu filho teve ataques de espirros, ou o nariz entupido ou a pingar **NÃO** estando constipado ou com gripe? > 29,5% (n=13) responderam que sim

Tosse e expectoração «Não últimos 12 meses, alguma vez lhe pareceu que o seu filho tivesse o peito tapado ou tivesse expectoração (muco) estando constipado?» 27,3% (n=12) responderam que sim

Pleura e Dispnéia «Não últimos 12 meses, alguma vez o seu filho ficou com pleura abrupta uma constipação ou gripe?» 31,8% (n=14) responderam que sim

Causas: clima 20,5% (n=9), pólen 25% (n=11), fumos 22,7% (n=10); pó 25% (n=11); constipações ou gripe 20,5% (n=9).

Diagnóstico de Situação de Saúde

Déficit de conhecimentos relativamente ao ambiente.

Déficit de conhecimentos relativamente ao controlo dos alergéneos.

Déficit de conhecimento relativamente ao controlo de sintomatologia respiratória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) - *Tercer Conferência Internacional sobre Prevenção de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Saúde.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) - *Manual de Apoio para a Criação de uma Rede Comunitária de Controlo do Programa de Saúde*. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - *Manual de Apoio para a Juventude com Saúde*. Comissão de Coordenação do Programa de Saúde. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - *Diagnóstico geral de saúde "Inglês e português"*, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integrada. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - *Programa Nacional de Saúde Escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar)*. Ministério da Saúde. Lisboa. Available in www.dgs.gov.pt.
WHO (1988) - *Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Ottawa. Health Organization. WHO. Available in www.who.int.
WHO (1996) - *Manual de Apoio para a Criação de uma Rede Comunitária de Controlo do Programa de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Available in www.who.int.
WHO (1997) - *Manual de Apoio para a Juventude com Saúde*. Comissão de Coordenação do Programa de Saúde. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - *Diagnóstico geral de saúde "Inglês e português"*, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integrada. Available in www.who.int.
COSTA, Maria-Pedroza (2008) - *Prevalência de sintomas de asma em crianças portuguesas*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
STANLEY, Maria (2008) - *Prevalência de sintomas de asma em crianças portuguesas*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
ROUÏ, Diana P., GARCIA, Rosário P. (2012) - *Prevalência de sintomas de asma em crianças portuguesas*. Tese de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
DUMAS, André (1990) - *Além do diagnóstico de saúde*. Centro de Gestão e Organização Hospitalar. Ministério da Saúde. Lisboa.
MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) - *Relatório Anual sobre a Saúde e o Ambiente de Saúde 2010*. Lisboa. Available in www.dgs.gov.pt.
MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010) - *Relatório Anual sobre a Saúde e o Ambiente de Saúde 2011*. Lisboa. Available in www.dgs.gov.pt.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) - *Manual de Apoio para a Criação de uma Rede Comunitária de Controlo do Programa de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Saúde.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002) - *Manual de Apoio para a Juventude com Saúde*. Comissão de Coordenação do Programa de Saúde. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - *Manual de Apoio para a Criação de uma Rede Comunitária de Controlo do Programa de Saúde*. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - *Diagnóstico geral de saúde "Inglês e português"*, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas: uma abordagem integrada. Available in www.who.int.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - *Programa Nacional de Saúde Escolar (Programa Nacional de Saúde Escolar)*. Ministério da Saúde. Lisboa. Available in www.dgs.gov.pt.
WHO (1988) - *Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Ottawa. Health Organization. WHO. Available in www.who.int.
WHO (1996) - *Manual de Apoio para a Criação de uma Rede Comunitária de Controlo do Programa de Saúde*. Organização Mundial de Saúde. Available in www.who.int.
WHO (1997) - *Manual de Apoio para a Juventude com Saúde*. Comissão de Coordenação do Programa de Saúde. Available in www.who.int.

Apêndice IX

Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 2º
ano

PLANO DE SESSÃO

Tema: “A incrível viagem do ar”

Local: Escola EB nº1 da Trafaria

Data: 4.12.2012

Hora: 15horas

População alvo: alunos do 2º ano com idades compreendidas entre os 7 e 8 anos

Objetivo geral:

Compreender a importância de preservar a saúde e o ambiente, para a prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

Objetivos específicos:

Proporcionar a visualização do filme “*Era uma vez o corpo Humano – a respiração*”;

Sensibilizar para a aquisição de competências de sustentabilidade dos recursos naturais, preservando o ambiente;

Identificar consequências da poluição;

Nomear medidas de proteção ambiental;

Fomentar estilos de vida saudáveis para a prevenção de doenças.

Promoção de Ambientes Saudáveis para a Prevenção de Manifestações Alérgicas e Respiratórias

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	IDADES/ ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO (PIAGET)	MÉTODOS E TÉCNICAS SEGUNDO A FASE DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA TEORIA SOCIAL DE BANDURA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO	FORMADOR
<p>Apresentação aos alunos;</p> <p>Explicação da fisionomia do aparelho respiratório, das consequências da poluição na saúde e ambiente.</p> <p>Explicação das medidas mais eficazes para proteção da saúde no ambiente escolar e doméstico.</p> <p>Identificação do estadio de conhecimentos sobre o tema;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Entrega de suporte informativo;</p> <p>Avaliação da sessão.</p>	<p>7 e 8 anos</p> <p>Período das Operações concretas</p>	<p>Fase da Aquisição; método expositivo, modelação de pares, brainstorming.</p> <p>Fase de retenção método expositivo, interrogativo, ludoterapia e reforço não contingente.</p>	<p>Computador</p> <p>Software</p> <p>Power-Point®</p> <p>Videoprojector</p> <p>Tela de projeção</p> <p>Apresentador</p> <p>Papel</p> <p>Canetas de cor</p>	<p>5 min</p> <p>20 min</p> <p>10 min</p> <p>5 min</p> <p>2 min</p> <p>10 min</p>	<p>Mestranda Selma Carrilho</p>

Apêndice X

Apresentação da sessão de educação para a saúde às crianças do 2ºano.

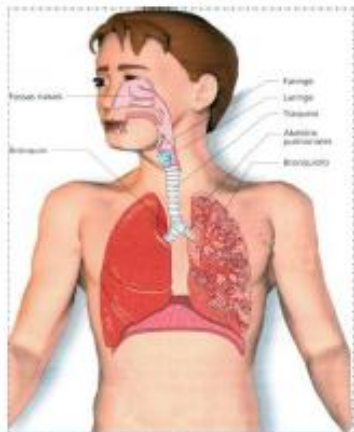
A INCRÍVEL VIAGEM DO AR...

Ambiente e Saúde



Selma Carrilho, enfermeira a frequentar o 3º Mestrado em Enfermagem Comunitária

Era uma vez o corpo humano – a respiração



APARELHO RESPIRATÓRIO

O nosso aparelho respiratório é constituído por:

- > Fossas nasais
- > Faringe
- > Laringe
- > Traquéia
- > Pulmões
- > Brônquios
- > Bronquíolos
- > Alvéolos pulmonares

É pelo nariz que o oxigénio entra na aventura da respiração.



Os pêlos dentro do nariz servem como o filtro, seguram as sujidades que podem estar no ar. Depois de passar a barreira dos pêlos o oxigénio começa a grande viagem!



Depois de passar pelo nariz, o oxigénio passa pela laringe e depois viaja por um longo túnel, a traquéia.

Entra nos brônquios, que são os canais que dão acesso aos pulmões.

E assim enche-se os pulmões! O oxigénio vai para o sangue e é lavado para o resto do corpo.

PORQUE É QUE ESPIRRAMOS?

O espirro é uma forma que nosso corpo encontra para se proteger. Quando alguma sujidade invade o nosso nariz... atchim! O ar sai em grande quantidade e com muita força, capaz de expulsar a sujidade!



PORQUE É QUE O AR TEM SUJIDADE?

- ▶ Poluição
- ▶ Ácaros
- ▶ Pólenes



O QUE PODE CAUSAR?



Alergias

Falta de Ar

Asma

Constipações frequentes



O QUE FAZER?

Proteger o meio ambiente:

Não deixar o lixo para o chão;

Fazer reciclagem;

Proteger as árvores e florestas.

Em casa:

Ter tudo limpinho;

Arrumar o quarto e a cama

Não dormir de cabelo molhado;

Não andar nos pés e nos calcões;

Tomar banho;

Lavar bem a roupa.



Diz aos teus pais que é importante reciclar as embalagens, as garrafas e os papéis!



OBRIGADA!



Apêndice XI

Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 3º ano

PLANO DE SESSÃO

Tema: “A incrível viagem do ar”

Local: Escola EB nº1 da Trafaria

Data: 6.12.2012

Hora: 10 Horas

População alvo: alunos do 3º ano com idades compreendidas entre os 8 e 9 anos

Objetivo geral:

Compreender a importância de preservar a saúde e o ambiente, para a prevenção de manifestações alérgicas e respiratórias.

Objetivos específicos:

Proporcionar a visualização do filme “*Era uma vez o corpo Humano – a respiração*”;

Sensibilizar para a aquisição de competências de sustentabilidade dos recursos naturais, preservando o ambiente;

Identificar consequências da poluição;

Nomear medidas de proteção ambiental;

Fomentar estilos de vida saudáveis para a prevenção de doenças.

Promoção de Ambientes Saudáveis para a Prevenção de Manifestações Alérgicas e Respiratórias

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	IDADES/ ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO (PIAGET)	MÉTODOS E TÉCNICAS SEGUNDO A FASE DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA TEORIA SOCIAL DE BANDURA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO	FORMADOR
<p>Apresentação aos alunos;</p> <p>Explicação da fisionomia do aparelho respiratório, das consequências da poluição na saúde e ambiente.</p> <p>Explicação das medidas mais eficazes para proteção da saúde no ambiente escolar e doméstico.</p> <p>Validação dos conhecimentos adquiridos;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Entrega de suporte informativo;</p> <p>Avaliação da sessão.</p>	<p>8 a 9 anos de idade</p> <p>Período das Operações concretas</p>	<p>Fase da Aquisição; método expositivo, modelação de pares; técnica expositiva, brainstorming.</p> <p>Fase de retenção método expositivo; técnica interrogativa, ludoterapia e reforço não contingente.</p>	<p>Computador</p> <p>Software</p> <p>Power-Point®</p> <p>Videoprojector</p> <p>Tela de projeção</p> <p>Apresentador</p> <p>Papel</p> <p>Canetas de cor</p>	<p>5 min</p> <p>20 min</p> <p>10 min</p> <p>5 min</p> <p>2 min</p> <p>10 min</p>	<p>Mestranda Selma Carrilho</p>

Apêndice XII

Apresentação da sessão de educação para a saúde às crianças do 3ºano.

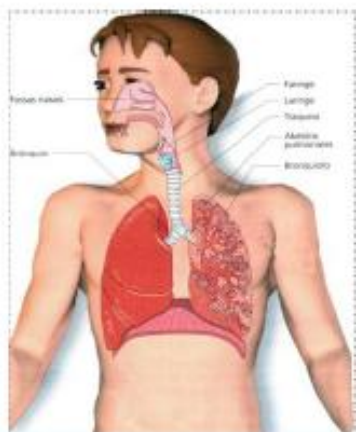
A INCRÍVEL VIAGEM DO AR...

Ambiente e Saúde



Selma Carliho, enfermeira a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária

Era uma vez o corpo humano – a respiração



APARELHO RESPIRATÓRIO

O nosso aparelho respiratório é constituído por:

- > Fossas nasais
- > Faringe
- > Laringe
- > Traquéia
- > Pulmões
- > Brônquios
- > Bronquíolos
- > Alvéolos pulmonares

É pelo nariz que o oxigénio entra na aventura da respiração.



Os pêlos dentro do nariz servem como filtro, seguram as sujidades que podem estar no ar. Depois de passar a barreira dos pêlos o oxigénio começa a grande viagem!



Depois de passar pelo nariz, o oxigénio passa pela laringe e depois viaja por um longo túnel, a traquéia.

Entra nos brônquios, que são os canais que dão acesso aos pulmões.

E assim enche-se os pulmões!
O oxigénio vai para o sangue e é lavado para o resto do corpo.

PORQUE É QUE ESPIRRAMOS?

O espirro é uma forma que nosso corpo encontra para se proteger. Quando alguma sujidade invade o nosso nariz... atchim! O ar sai em grande quantidade e com muita força, capaz de expulsar a sujidade!



PORQUE É QUE O AR TEM SUJIDADE?

- ▶ Poluição
- ▶ Ácaros
- ▶ Pólenes



O QUE PODE CAUSAR?



Alergias

Falta de Ar

Asma

Constipações frequentes



O QUE FAZER?

Proteger o meio ambiente:

Não deixar o lixo para o chão;

Fazer reciclagem;

Proteger as áreas e florestas.



Em casa:

Ter tudo limpinho;

Arrumar o quarto e a cama

Não dormir de cabelo molhado;

Não andar nos pés e nos calcões;

Tomar banho;

Lavar bem a roupa.



Diz aos teus pais que é importante reciclar as embalagens, as garrafas e os papéis!



OBRIGADA!



Apêndice XIII

Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 1º ano



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS PARA A PREVENÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS E RESPIRATÓRIAS”

PLANO DE SESSÃO

Tema: “Respirar bem”

Local: Escola EB nº1 da Trafaria

Data: 6.12.2012

Hora: 15Horas

População alvo: Alunos do 1º ano com idades compreendidas entre os 6 e 7 anos

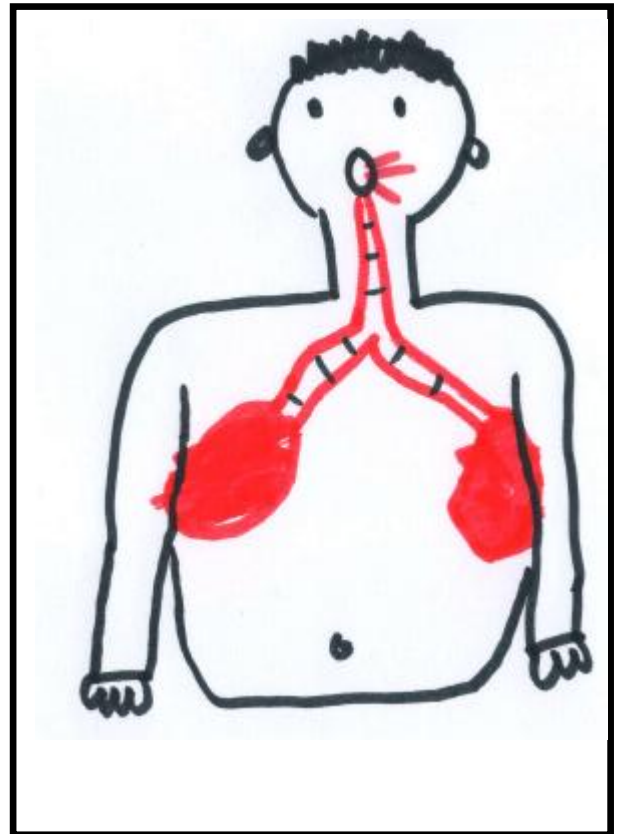
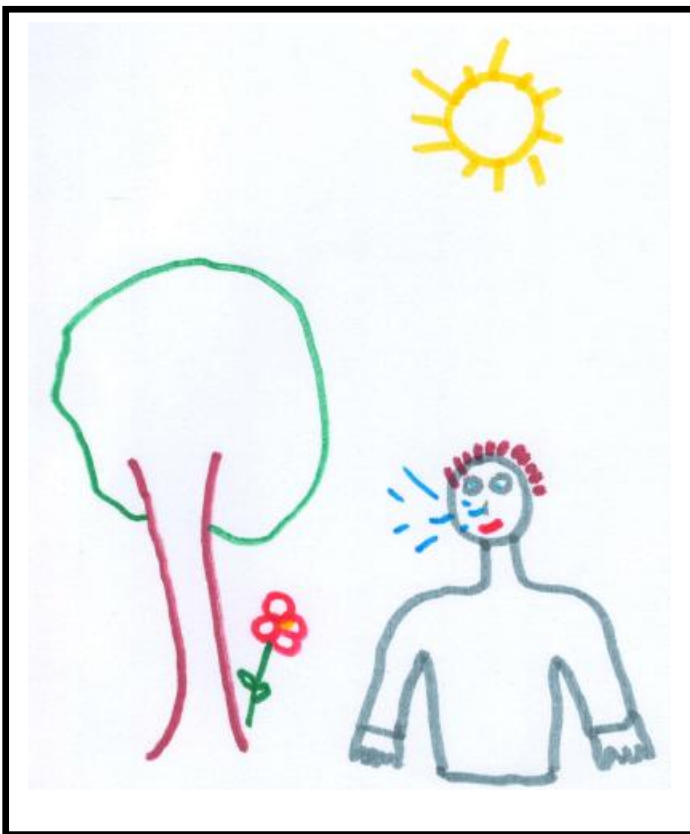
Objetivo geral: Compreender a importância do ambiente para se ter uma vida saudável.

Objetivos específicos: Refletir sobre os fatores essenciais para uma respiração saudável; Associar os fatores ambientais prejudiciais para a saúde.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	IDADES/ ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO (PIAGET)	MÉTODOS E TÉCNICAS SEGUNDO A FASE DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA TEORIA SOCIAL DE BANDURA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO	FORMADOR
<p>Apresentação aos alunos.</p> <p>Solicitar a elaboração de um desenho que expresse o que é para cada um “respirar bem”.</p> <p>Explicar quais os fatores prejudiciais para a saúde.</p> <p>Avaliação da sessão.</p>	<p>6 e 7 anos</p> <p>Período das Operações concretas</p>	<p>Fase de aquisição e desempenho, Método experimental, Técnica manipulação, ludoterapia</p>	<p>Material reciclado pelas crianças;</p> <p>Tesoura;</p> <p>Cola;</p> <p>Canetas filtro;</p> <p>Lápis de cor.</p>	<p>1 hora</p>	<p>Enfermeira Selma Carrilho</p>

Apêndice XIV

Desenhos obtidos na sessão de educação para a saúde das crianças do 1ºano



Apêndice XV

Plano de sessão da primeira sessão de educação para a saúde às crianças do 4º
ano



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

“PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS PARA A PREVENÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS E RESPIRATÓRIAS”

PLANO DE SESSÃO

Tema: “Reciclar para brincar”

Local: Escola EB nº1 da Trafaria

Data:

7.12.2012

Hora: 15Horas

População alvo: Alunos do 4º ano com idades compreendidas entre os 9 e 10 anos

Objetivo geral: Sensibilizar as crianças para a necessidade de proteger o ambiente através da medida de reciclagem.

Objetivos específicos: Proporcionar a separação de material reciclado. Manipular o material separado e reutilizá-lo através da execução de um fato de carnaval.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	IDADES/ ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO (PIAGET)	MÉTODOS E TÉCNICAS SEGUNDO A FASE DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DA TEORIA SOCIAL DE BANDURA	RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO	FORMADOR
<p>Apresentação aos alunos.</p> <p>Incentivar à reciclagem de lixo e à sua reutilização;</p> <p>Proporcionar a manipulação de material reutilizável e utilizá-lo na execução de um fato de carnaval;</p> <p>Avaliação da sessão.</p>	<p>9 e 10 anos</p> <p>Período das Operações concretas</p>	<p>Fase de desempenho, Método experimental, Técnica manipulação, ludoterapia</p>	<p>Material reciclado pelas crianças;</p> <p>Tesoura;</p> <p>Cola;</p> <p>Canetas filtro;</p> <p>Lápis de cor;</p> <p>Fio;</p> <p>Agrafador.</p>	<p>1 hora</p>	<p>Enfermeira Selma Carrilho</p>

Apêndice XVI

Fotografias das crianças do 4º ano a realizarem a atividade em grupo





Apêndice XVII

Folheto informativo

PREVENIR AS ALERGIAS EM CASA

O que são alergias?

A alergia é uma resposta exagerada do sistema imunológico a uma substância estranha ao organismo (alérgenos).

O nosso organismo defende-se dos numerosos micróbios e substâncias presentes nos alimentos, no ar que respiramos e naquilo em que tocamos.

O que pode provocar alergias?

Ácaros, fungos, pelos de cão e gato, pólenes, alimentos e medicamentos. O que provoca mais frequentemente alergias em casa são os **ácaros do pó de casa**.



Porque é que as pessoas ficam alérgicas?



História Familiar, isto é mãe, pai, irmãos, avós, tios com doença alérgica e/ou respiratória.



Contato precoce com os alérgenos, nomeadamente de animais, ácaros, pólenes e fungos.



Fatores ambientais, nomeadamente o fumo de tabaco, poluição do ar, da água, dos solos. O mau aproveitamento dos recursos.



O que são os ácaros do pó de casa?



São animais microscópicos parecidos com aranhas e carraças, mas não se vêem. Alimentam-se da escamação da pele humana e dos animais. São os principais responsáveis por manifestações alérgicas e respiratórias.

Onde estão?

Colchões, tapetes, almofadas, roupa de lã, sofá, peluches, casas fechadas, sótãos, garagens.

Como eliminá-los?

Através da higienização da casa.



Como reduzir os riscos de alergia a

Preferir móveis com superfícies facilmente laváveis.

Limpar o pó com um pano húmido.

Remover os pequenos objetos, tais como brinquedos, peluches, livros, televisões, computadores, tapetes, cortinados.

Arrejar o quarto e não fazer a cama.

Aspirar o colchão pelo menos 1x por semana.

Evitar lençóis de flanela/polares, mantas de lã, edredons de lã.

Lavar os lençóis à temperatura de 60°C.

Lavar a almofada a 60°C, caso haja contra-indicação do fabricante, pode-se congelar 24 horas a almofada e depois coloca-se na máquina a lavar à temperatura que é recomendada.

Existem coberturas para os colchões e almofadas anti-ácaros.

Não varrer, mas aspirar a casa. Existem aspiradores com um filtro designado como HEPA, muito eficazes na remoção e eliminação de ácaros.

Uma casa húmida também facilita o desenvolvimento de ácaros, daí minimizar a humidade da casa através da extração desta com recurso a um aparelho (desumificador)

Se as paredes tiverem com humidade poderá removê-la, lavando-a com 5 litros de água com 6 medidas de uma tampa com lixívia.

Não se esqueça :

Dar banho todos os dias ao seu filho.

Vestir-lhe roupa lavada.

Ajudá-lo na higiene dos dentes, cabelo, ouvidos, unhas.

Lave muito bem os alimentos.

Mantenha a sua casa limpa para que os seus filhos respirem melhor.

Colocar a roupa ao sol.

Enfermeira Selma Carrilho
Aluna do 3º mestrado de Enfermagem Comunitária da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Projeto "Promoção de Ambientes Saudáveis para a Prevenção de Manifestações Alérgicas e Respiratórias"

PREVENIR AS ALERGIAS EM CASA



Trafaria,
Janeiro de 2013

Apêndice XVIII

Plano de sessão para a sessão de educação para a saúde dirigida aos
encarregados de educação

PLANO DE SESSÃO

Tema: *Prevenir as alergias em casa*

Local: Escola EB nº1 da Trafaria

Data:

Hora:

Destinatários: Encarregados de educação

Objetivo geral:

Sensibilizar a atualização de conhecimentos com o intuito de minimizar os agentes mais causadores de alergias no domicílio.

Objetivos específicos:

Nomear medidas de proteção do ambiente doméstico;

Fomentar estilos de vida saudáveis para a prevenção de doenças respiratórias e alérgicas;

Incentivar a aquisição do hábito de reciclar embalagens e minimizar a poluição.

Apêndice XIX

Apresentação da sessão de educação para a saúde planeada para os encarregados
de educação

PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS PARA A PREVENÇÃO DE MANIFESTAÇÕES ALÉRGICAS E RESPIRATÓRIAS

PREVENIR AS ALERGIAS EM CASA

Enfermeiro
Sérgio
Carrilho



Edição do 1º Método em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Docentes: Prof.ª Dr.ª José Edmundo Sousa, Orientação: Dr.ª Cláudia Gonçalves e Dr.ª Cristina Santos

Janeiro 2013

O QUE SÃO ALERGIAS?

A alergia é uma resposta exagerada do sistema imunológico a uma substância estranha ao organismo (alergénios).

O nosso organismo defende-se dos numerosos micróbios e substâncias presentes nos alimentos, no ar que respiramos e naquilo em que tocamos.



PORQUE É QUE ALGUMAS PESSOAS FICAM ALÉRGICAS?

História Familiar

Contacto precoce com alergénios

Fatores ambientais (fumo tabaco e poluição)



ALERGÉNIOS MAIS FREQUENTES EM CASA

ÁCAROS DO PÓ DE CASA

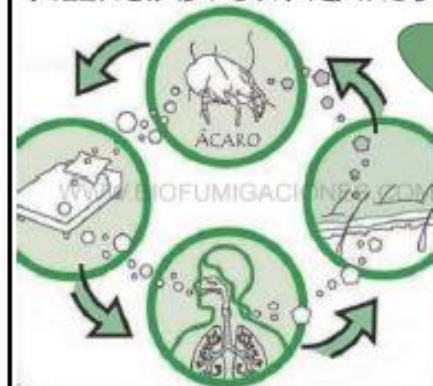


O QUE SÃO OS ÁCAROS DO PÓ DA CASA?

São animais microscópicos parecidos com aranhas e carraças, mas não se vêem. Alimentam-se da escamação da pele humana e dos animais. São os principais responsáveis por manifestações alérgicas e respiratórias.



ALERGIAS POR ÁCAROS



COMO ELIMINÁ-LOS?

QUARTO DESARRUMADO



© Alex Ramirez - www.CleanO.com/1016128



Quarto o mais simples possível

Não fazer a cama

Arrejar o quarto

Limpar o pó com um pano húmido

Lavar a roupa da cama a 60°C

NÃO Varrer, aspirar!

Mantar livros e brinquedos guardados em armários fechados

Evitar mantas de lã e edredons de penas



OUTRAS MEDIDAS PARA PREVENIR ALERGIAS



PRESEVAR O AMBIENTE, DIZER NÃO À POLUIÇÃO

RECICLE AS EMBALAGENS DE PLÁSTICO, PAPEL E VIDRO



OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

