



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM ENFERMAGEM NUM BAIRRO DO CONCELHO DO SEIXAL

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem Comunitária

Sónia Tomás Simões Gaudêncio Dias

LISBOA, Março 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA EM ENFERMAGEM NUM BAIRRO DO CONCELHO DO SEIXAL

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

Por: Sónia Tomás Simões Gaudêncio Dias

Sob orientação de: Professora Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, Março 2010

“O que mais importa na vida

é aquilo que fazemos pelos outros”

DESCONHECIDO

RESUMO

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida das pessoas, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades.

Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha para adquirir conhecimentos, desenvolver competências e partilhar junto da população, nos bairros, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir.

Os enfermeiros utilizam estratégias de intervenção na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, capacitando-a cada vez mais na resolução dos seus próprios problemas/necessidades, recorrendo a instituições e estabelecendo relações de parcerias com as mesmas no contexto da promoção da saúde, na prevenção da doença e na aquisição de ganhos em saúde.

Neste estudo, pretende-se numa primeira abordagem caracterizar a população existente no Bairro 1º de Maio na freguesia da Arrentela, Concelho do Seixal; seguidamente, pretende-se identificar, encaminhar e resolver as necessidades de intervenção prioritárias identificadas pela população em estudo e por último a promoção da saúde da população Infante/Juvenil residente no referido Bairro.

Em relação ao tipo de estudo trata-se de um estudo descritivo simples. Relativamente à recolha de dados, optou-se pela utilização de um inquérito em forma de questionário, que perante a população inquirida, permitisse obter informações necessárias para a sua caracterização e posterior análise no âmbito da intervenção comunitária.

Tendo em conta os objectivos delineados e o tipo de estudo em causa, a estratégia utilizada para o tratamento e análise dos dados foi, uma abordagem tanto quantitativa como qualitativa.

Assim, com este estudo pretende-se reflectir sobre a importância da enfermagem no contexto da intervenção comunitária...

PALAVRAS-CHAVE:

Enfermagem, Intervenção, Comunidade

ABSTRACT

Along the years nurse's care was always bearing in mind physical, social and emotional people's needs and aims at one or more main goals of this profession: the promotion of health, the prevention of disease, nursing, the rehabilitation and social reintegration.

Beyond the global nurse care during people's life, the nurse also cares families, groups and communities.

So, the specialist nurse in community nursing overcomes the walls of the institution where he/she works to acquire knowledge, to develop competences and to share near the population, in the neighbourhood, at schools, in enterprises, his/her knowledge and his/her action.

The nurse uses strategies of intervention in community, with the community and to the community, to enable it more and more in the resolution of its own problems/needs, to turn to institutions, making partnerships relations with them in the context of health promotion, in the prevention of disease and in the acquisition of gains in health.

This study aims at first to characterise the population of "1º de Maio neighbourhood", civil parish of Arrentela, council of Seixal. Secondly, it intends to identify, to guide and solve the needs of an intervention on identified priorities by the population in study. At last, this study aims the promotion of health in children and teenagers who live in that neighbourhood.

This study is simple and descriptive. In what concerns data collecting, it was chosen an inquiry shaped in a questionnaire format, which through the inquired population could obtain the information needed to its characterization and subsequent analysis in the context of a communitarian intervention.

Bearing in mind the aims drawn and the sort of study in cause, the strategy used for the treatment and analysis of data was an approach as quantitative as qualitative.

So, with this study it is intended to make a reflexion about the importance of nursing in the context of a communitarian intervention.

Keywords: nursing; intervention; community.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste trabalho...

Um Obrigado Especial:

À Equipa Docente e em particular à Prof^a Amélia Simões Figueiredo, por terem contribuído para o alargamento dos meus horizontes e do meu conhecimento...

À Enf^a Inês, pela sua ajuda e dedicação...

À população do Bairro 1º de Maio, porque sem a sua colaboração este Estudo não teria sido possível...

À amiga Soledade, pela partilha do seu conhecimento, pelas sugestões e por me ter ajudado a reflectir sobre o trabalho...

Ao Miguel pela partilha do seu trabalho e pela sua experiência...

À São, pela partilha dos seus conhecimentos...

Aos meus Sogros pelo incentivo incondicional...

À minha Tia Isabel, pela sabedoria e pelas palavras certas nas horas mais difíceis....

Aos meus Pais, por toda a sua dedicação, colaboração e apoio incondicional...

Ao Manuel, que aceitou ser envolvido neste projecto com toda a sobrecarga que isso lhe trouxe...

Às minhas Filhas, Beatriz e Leonor pelo tempo que deixaram de partilhar comigo e que todos os dias perguntavam: “*Mãe, ainda falta muito para acabares o teu trabalho?*”...

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACES-Agrupamento de Centros de Saúde

INR-Índice Internacional Normalizado

CMS-Câmara Municipal do Seixal

CAD-Centro de Aconselhamento e Detecção do VIH

CAT-Centro de Atendimento a Toxicodependentes

OMS-Organização Mundial de Saúde

SIDA-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

UCSP-Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

HTA-Hipertensão Arterial

AVC-Acidente Vascular Cerebral

PNV-Programa Nacional de Vacinação

VIH-Vírus da Imunodeficiência Humana

UCP-Universidade Católica Portuguesa

SAP-Serviço de Atendimento Permanente

EPS-Escola Promotora de Saúde

ÍNDICE

	P.
RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
0- <u>INTRODUÇÃO</u>	12
1- <u>O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE</u>	13
CAPÍTULO 1	
1.1-MÓDULO I.....	15
1.1.1- <u>Descrição e Análise dos Objectivos do Módulo I</u>	15
1.2-METODOLOGIA.....	16
1.2.1- <u>Tipo de Estudo</u>	17
1.2.2- <u>População e Amostra</u>	17
1.2.3- <u>Técnica e Instrumento de Recolha de Dados</u>	18
1.2.3.1-Validação do Instrumento de Recolha de Dados.....	20
1.2.3.2-A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados.....	21
1.2.4- <u>Tratamento de Dados</u>	22
1.3-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	23
1.4-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO BAIRRO 1º DE MAIO.....	24
1.5-CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO BAIRRO 1º DE MAIO.....	24
1.6-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO BAIRRO 1º DE MAIO.....	26
1.7-OUTROS PROJECTOS.....	33
1.7.1- <u>Actividades Desenvolvidas</u>	33

1.7.1.1-Participação no Projecto Gira Lua.....	33
1.7.1.2-Visita de Estudo ao Centro de Saúde de Grândola.....	34
1.7.1.3-Participação nos Cursos de Formação.....	35
1.7.1.4-Participação noVI Fórum Seixal Saudável.....	35
1.7.1.5-Participação no Projecto “Caminhar por uma Gravidez Saudável”.....	37
1.7.1.6-Visita à Feira de Projectos Educativos na Antiga Fábrica de Lanifícios da Arrentela.....	38
1.7.1.7-Realização de Rastreios do HIV.....	38
1.7.1.8-Participação em Reuniões.....	39
 CAPÍTULO 2	
2.1-MÓDULO II.....	40
2.1.1- <u>Descrição e Análise dos Objectivos do Módulo II</u>	40
2.2-PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO.....	40
2.3-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II.....	41
2.4-A RESOLUÇÃO DAS PRIORIDADES.....	42
2.4.1- <u>Construção e Remodelação de zonas de Lazer</u>	43
2.4.2- <u>Construção de Centro de Dia</u>	43
2.4.3- <u>Doenças Emergentes Relacionadas com Comportamentos Aditos</u>	43
2.4.4- <u>Prevenção de Acidentes de Vária Ordem</u>	43
2.4.5- <u>Eliminação de Barreiras Arquitectónicas</u>	44
2.4.6- <u>Actualização e Aumento da Cobertura Vacinal dos Residentes no Bairro 1º de Maio</u>	44
2.4.7- <u>Sessões de Educação para a Saúde</u>	45

2.4.8- <u>Encaminhamento para Assistente Social</u>	46
2.4.9- <u>Medidas de Higienização das Habitações dos Residentes no Bairro 1º de Maio</u>	46
2.5-OUTROS PROJECTOS.....	47
2.5.1- <u>Actividades Desenvolvidas</u>	47
CAPÍTULO 3	
3.1-MÓDULO III.....	48
3.1.1- <u>Descrição e Análise dos Objectivos do Módulo III</u>	48
3.2-METODOLOGIA.....	49
3.2.1- <u>Tipo de Estudo</u>	49
3.2.2- <u>População e Amostra</u>	50
3.2.3- <u>Técnica e Instrumento de Recolha de Dados</u>	50
3.2.3.1-Validação do Instrumento de Recolha de Dados.....	51
3.2.3.2-A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados.....	51
3.2.4- <u>Tratamento de Dados</u>	51
3.3-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.4-DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTO/JUVENIL RESIDENTE NO BAIRRO 1º DE MAIO.....	52
3.5-PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTO/JUVENIL RESIDENTE NO BAIRRO 1º DE MAIO.....	53
3.6-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	54
3.6.1- <u>Sessões de Educação para a Saúde na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira</u>	55

3.7-COMPETÊNCIAS.....	56
3.8-COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	57
4- <u>CONCLUSÕES GERAIS</u>	59
5- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	61
<u>ANEXOS</u>	67
ANEXO I-Apresentação e Análise dos Dados Quantitativos.....	68
ANEXO II-Apresentação e Análise dos Dados Qualitativos	82
ANEXO III-Diagnóstico de Situação do Bairro 1º de Maio.....	106
ANEXO IV-Folha de Registo dos Residentes do Bairro 1º de Maio.....	175
ANEXO V-Folha de Registo dos Questionários Efectuados.....	177
ANEXO VI-Sessões de Educação para a Saúde na Diabetes/HTA e Colesterol.....	179
ANEXO VII-Promoção da Saúde da População Infante/Juvenil do Bairro 1º de Maio.....	223
ANEXO VIII-Rastreio de Colesterol aos Residentes do Bairro 1º de Maio.....	299

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi solicitado a realização de um Relatório de Mestrado referente ao trabalho realizado nos 3 módulos do estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Esta apresentação, foi concretizada por via da partilha, do caminho percorrido durante o período de estágio, e como em todas as partilhas, salientam-se dificuldades e conquistas, frustrações e surpresas agradáveis, sendo no entanto o objectivo principal, provar a aquisição de competências na sua área de especialização em Enfermagem.

No entanto, a aquisição de competências por parte dos enfermeiros não resulta apenas do aumento do conhecimento, este tem que ser aplicado e demonstrado através de experimentação e de treino, sem esquecer as vertentes pessoal, social, teórica e prática.

Assim se constrói a competência, que não é estática, mas que se vai aperfeiçoando/transformando ao longo dos anos, reagindo às diferentes experiências e vivências que igualmente vão modificando a visão que o enfermeiro tem do Mundo e da sua profissão.

Assim, segundo o REPE: *“o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área de sua especialidade”*.

O objectivo do relatório:

- Apresentar o trabalho realizado nos 3 módulos de estágio efectuados no contexto da Especialização em Enfermagem Comunitária;

1-O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE

Inicialmente, o foco dos cuidados na comunidade incidia sobre os indivíduos doentes; segundo HANSON (2001, p.371) *“a família era a fonte dos cuidados para membros doentes. Geralmente os cuidados eram prestados nas casas dos doentes e as enfermeiras eram chamadas enfermeiras “visitadoras”*. Já há descrições deste tipo de enfermeiras desde a Era Pré-cristã, na Índia, no Egito, Grécia e Roma (Gardner, 1928).

A enfermagem de visita domiciliária está documentada na Europa, *“desde o século XI ao século XVI, com ambas as ordens seculares e religiosas a prestarem cuidados”* (RUE, 1944).

Em meados do século XIX, a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença começou a ser reconhecida. *“As enfermeiras de saúde na comunidade, ou enfermeiras “visitadoras” alargavam os seus papéis, para incluírem a educação para a saúde, bem como os cuidados a doentes, e para que estes funcionassem eficazmente, orientaram os seus cuidados não só para indivíduos, mas também para as famílias”* (GARDNER, 1928; RUE, 1944).

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e actividades dependem, contudo, de factores como a sua área de actuação, sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham.

Também é do seu âmbito profissional, planear e realizar intervenções de enfermagem, tais como a promoção e ensino dos cuidados de higiene/saúde, a promoção do desempenho parental, a promoção da adesão ao regime terapêutico (principalmente em doentes crónicos) e a promoção de acções educativas no âmbito de cuidados preventivos de saúde.

As intervenções de enfermagem próprias da área da saúde comunitária visam sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com cuidados de saúde primários (hábitos alimentares, de higiene, vacinação, etc.). Desenvolveram-se actividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local (que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida das populações) e promovem-se estudos epidemiológicos.

A actividade dos enfermeiros especialistas nesta área pode ser desenvolvida em hospitais, centros de saúde, creches, escolas, lares de idosos, empresas, prisões, domicílios e bairros degradados, tendo como alvo determinados grupos populacionais, tais como crianças, idosos, grávidas, toxicodependentes, indivíduos com patologia oncológica, grupos de risco, habitantes de zonas degradadas, indivíduos com doenças transmissíveis e trabalhadores de empresas particularmente geradoras de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho, entre outros.

“Tendo em conta as diversas actividades que podem desempenhar, são muitas as capacidades exigidas a estes profissionais, ou seja é este o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.” (Ordem dos Enfermeiros)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha, para partilhar com a população, nos domicílios, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir. Por isso, concorda-se com LANCASTER quando afirma que *“Os papéis do enfermeiro comunitário são muito variados e são um desafio”* (1999, p.4).

O envolvimento e a participação da comunidade na promoção da saúde são hoje considerados um processo estratégico pela Organização Mundial de Saúde. Muitos estudos mostram que a melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população dependem, em larga medida, da oferta de canais e formas de participação activa dos cidadãos para resolver os seus problemas e necessidades.

CAPÍTULO I

A palavra comunidade vem do latim “*communio*” e “*communitas*” que significam comunhão, partilha e congregação. Assim, segundo GOMÉZ “*a comunidade como conceito designa uma entidade social e espacial determinada por um território e pelos seus habitantes,...é um espaço de vida onde se concretizam os problemas, as necessidades, os projectos e as esperanças de um amplo grupo de pessoas que, a partir da sua organização em diversas instituições, pretendem dar resposta aos desafios do meio*”(2007, p.132).

Os Enfermeiros na comunidade têm uma longa história de trabalho percorrido ao longo dos anos... na comunidade e em comunidade. Assim, o enfermeiro comunitário adopta um papel de relevo, por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, na prevenção da doença, no planeamento, na coordenação, na gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade.

Neste capítulo apresenta-se a comunidade em estudo, a intervenção junto desta e o papel do enfermeiro durante o processo de intervenção comunitária.

1.1-MÓDULO I

1.1.1-Descrição e Análise dos Objectivos do Módulo I

O Módulo I decorreu de 20 de Abril de 2009 a 20 de Junho de 2009. Foi um momento de aprendizagem diária, pesquisa contínua e de conhecimento da comunidade e para a comunidade, obtendo-se assim, ganhos para a população, bem como a aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. No projecto de estágio, definiu-se para o Módulo I, dois objectivos específicos:

- caracterizar a população, existente no Bairro 1º de Maio na Arrentela;
- identificar as necessidades de intervenção prioritárias para a população.

Para atingir estes objectivos, foi necessário caracterizar-se a população sócio-demograficamente e identificar-se as necessidades da população do Bairro 1º de Maio, promovendo-se a saúde e tratando-se situações de doença, entre outras, sem esquecer a cultura, a religião, a idade, as condições habitacionais das pessoas no Bairro, de modo a identificar-se situações de risco, se existissem.

Este trabalho teve uma orientação base e partindo desta, procurou-se a aquisição e o desenvolvimento de competências através do aumento de conhecimentos, da experiência de estágio nos diferentes módulos, e da relação deste com a experiência acumulada ao longo destes anos de trabalho como enfermeira. Foi um projecto de intervenção comunitária junto de uma população com características muito peculiares.

1.2-METODOLOGIA

É na fase metodológica que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta ao problema por ele definido e comprovar ou não as questões levantadas.

O trabalho de investigação será credível e aceite pela comunidade que o avalia, se seguir uma determinada metodologia científica, segundo FORTIN (1999, p.372) consiste “...num conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Sendo também parte de um relatório, em que se descrevem os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” . Para a mesma autora (1999, p.108) “...a fase metodológica operacionaliza o estudo”, inclui o tipo de estudo, população e amostra, método de colheita de dados, procedimentos de tabulação e análise dos dados e implicações éticas.

Quando se constrói um puzzle, utiliza-se um método e consegue-se agrupar as diferentes peças em conjuntos lógicos e fundamentais para a concretização do produto final. Este raciocínio é igualmente válido numa investigação, onde as “...diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.” (FORTIN, 1999,p.40).

1.2.1-Tipo de Estudo

É a questão central que precede o domínio em estudo que direcciona a evolução dada à investigação. A investigação, foi a realização do Diagnóstico de Situação do Bairro 1º de Maio de modo a identificar-se as necessidades e intervenção prioritárias para a população residente, cujo enunciado, segundo FORTIN, se situa no nível da hierarquia de conhecimentos, a que corresponde a exploração de *fenómenos e cuja resposta será*”(1999, p.52). Para FORTIN, “*a investigação descritiva visa denominar, clarificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação*” (1999, p.137), de forma a tornar o fenómeno conhecido. Deste modo, define-se, clarifica-se conceitos e descreve-se os factos identificados.

Para GIL (1994, p.44) o estudo descritivo tem “*como objectivo primordial a descrição das características de determinada população, de fenómenos ou então, o estabelecimento da relação entre as variáveis*”.

Quanto ao estudo descritivo para ANDRADE (1994, p.94) “*o estudo descritivo apresenta características especiais que os distingue dos outros: uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da colheita de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática*”.

Para CERVO et all (1983, p.56) referem que os estudos descritivos “*tratam do estudo e descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada*”.

Optámos, pela realização de um estudo quantitativo que segundo FORTIN é: “*um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objectivos, acontecimentos e fenómenos existentes*”(1999, p.22) e por um estudo qualitativo. Relativamente ao tipo de estudo, como já referi anteriormente trata-se de um estudo descritivo simples.

1.2.2-População e Amostra

Uma população é definida por FORTIN, como: “*uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*” (1999, p.202). É necessário definir-se de forma precisa a população a estudar e, consequentemente, os elementos que a constituem. Para FORTIN (1999, p.202), “

uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”

Assim, a população alvo sobre a qual o estudo incidiu, foi constituída por todas as famílias residentes no Bairro 1º de Maio.

Devido às características do estudo, não foi possível ter-se acesso a toda a população. Dos 88 habitantes a inquirir, apenas se entrevistou 55 residentes. Contituindo estes a nossa população acessível.

Segundo FORTIN *“a população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador”* (1999, p.41).

Para a selecção da amostra estabelece-se os seguintes critérios:

- Pessoas que demonstrem competência cognitiva para responderem aos inquéritos;
- Pessoas maiores de 18 anos residentes no Bairro 1º de Maio.

1.2.3-Técnica e Instrumento de Recolha de Dados

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em atenção os objectivos do estudo e o tipo de questões colocadas. Optou-se assim, pela utilização de um inquérito em forma de questionário, que facilita-se a análise dos dados, permite-se os diversos factores, analisa-se os conteúdos a abordar e permite-se a confidencialidade e anonimato. FORTIN, considera que o questionário permite *“ colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes”* (1999, p.245). Ainda, segundo a mesma autora o questionário *“é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”* (1999, p.249).

Ao realizar-se este estudo, optou-se por uma técnica de recolha de dados que, perante a população escolhida, permitisse obter as informações necessárias para o conhecimento desta, através da sua caracterização em diversos aspectos, e para a análise e intervenção comunitária no Bairro 1º de Maio. Para QUIVY & CAMPENHOUDT, tendo em consideração estes objectivos, o método de inquérito por questionário “...*é especialmente adequado*” (1998, p.189). Segundo estes autores, um questionário “*Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos,... uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores...*” (1998, p.188).

O Instrumento

Em termos de apresentação, o questionário apresenta uma capa ilustrativa e identificativa do estudo.

O questionário é composto por uma nota introdutória, que inclui informação acerca das razões que determinaram a realização do estudo, uma curta apresentação da temática, tentando motivar os inquiridos, a explicação da importância das respostas, a importância da confidencialidade dos dados do questionário e o agradecimento final pela colaboração cedida.

Relativamente às questões, elaboraram-se da forma mais clara e precisa possível, tendo estas sido organizadas segundo uma divisão e estruturação em quatro temáticas distintas, indo ao encontro dos objectivos, e ajustadas ao modelo de análise:

Parte A - Caracterização Sócio – Demográfica;

Parte B - Habitabilidade;

Parte C - Saúde;

Parte D - Importância deste Projecto.

O questionário apresentou assim, um total de vinte e três (23) questões, respeitando as respostas de LAKATOS & MARCONI: que menciona que “ *O questionário deve ser limitado em extensão e em finalidade. Se for muito longo, causa*

fadiga e desinteresse; se curto demais, corre o risco de não oferecer suficientes informações. Deve conter 20 a 30 perguntas...” (1990, p.90).

As perguntas colocadas apresentaram-se de duas (2) formas: abertas e fechadas (dicotômicas e de escolha múltipla).

Com a Parte A pretendeu-se obter uma Caracterização Sócio-Demográfica da população inquirida. Esta parte apresentou 9 questões, colocadas ao inquirido sobre o sexo, a idade, a naturalidade, a nacionalidade, o estado civil, as suas habilitações literárias, a sua situação laboral bem como o número e a caracterização do seu agregado familiar.

Com a Parte B pretendeu-se obter informação sobre Habitabilidade. Esta parte apresentou 4 questões, fazendo referência aos anos em que o inquirido reside no Bairro, se a sua habitação tem água canalizada e instalação eléctrica bem como o estado de conservação da sua habitação.

Com a Parte C procurou-se dar ênfase à temática da Saúde, tentando obter-se informação acerca do que esta representa para cada inquirido. Esta parte apresentou 8 questões, colocadas ao inquirido sobre o que entende por saúde, se está inscrito em algum Centro de Saúde, se tem médico de família, com que frequência vai ao médico, se costuma consultar os enfermeiros no Centro de Saúde, se tem boletim de vacinas, se possui algum problema de saúde e se as pessoas do agregado familiar têm problemas de saúde.

Com a Parte D pretendeu-se obter informação sobre a Importância deste Projecto. Esta parte apresenta 2 questões, sendo a primeira questão, no entender do inquirido que infra-estruturas seriam prioritárias no Bairro e a segunda questão se existe algum aspecto, que não foi referenciado ao longo do questionário.

1.2.3.1-Validação do Instrumento de Recolha de Dados

Existia um instrumento de colheita de dados validado sobre este tema (Diagnóstico de Situação da População residente no Bairro 1º de Maio), que estava a ser

aplicado pelos enfermeiros da UCSP - da Torre da Marinha á população residente no Bairro.

Posteriormente, efectuaram-se alterações no questionário já existente, ajustando as questões ao objecto do nosso estudo, permitindo adquirir-se mais dados na caracterização da população do Bairro 1º de Maio. Introduziram-se 4 novas questões nomeadamente na área da Saúde. Após as referidas alterações este foi validado pela Enfª Orientadora e pela Professora Tutora, com o objectivo de aferir-se a adequação e pertinência das questões, relativamente à problemática em estudo e aos respectivos objectivos, pelo que não se procedeu a novo pré-teste.

1.2.3.2-A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Aplicaram-se os questionários aos residentes do Bairro, numa primeira fase na Unidade Móvel e posteriormente na Associação de Moradores. Iniciou-se a Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados no dia 20 de Abril e termino a 20 de Junho de 2009. O seu preenchimento ocorreu, ao final do dia abrangendo-se um maior número de pessoas. Em relação à população com uma actividade laboral semanal, os questionários aplicaram-se ao fim-de-semana. O tempo médio na aplicação de cada questionário não ultrapassou os 15 minutos. Durante a sua realização mostrou-se disponibilidade para esclarecer alguma dúvida que o formulário pudesse suscitar.

Segundo as exigências éticas de um trabalho de investigação, durante a implementação do questionário teve-se em atenção os seguintes aspectos:

- Forneceu-se aos inquiridos toda a informação solicitada e necessária, para a posterior aceitação ou não da sua participação;
- Garantiu-se anonimato e confidencialidade das informações;
- Informou-se os inquiridos que se poderiam retirar do estudo, se assim o desejassem, sem que daí adviesse qualquer dano, não implicando tal situação prejuízo no seu atendimento.

1.2.4-Tratamento dos Dados

O tratamento de dados foi realizado tendo por base a abordagem quantitativa e qualitativa. Assim, antes de proceder ao tratamento e análise dos dados enumerou-se os questionários de 1 a 55.

De seguida, elaborou-se uma base de dados recorrendo ao programa Excel da Microsoft, base essa para onde se transcreveu toda a informação obtida nas respostas dos 55 questionários.

Posteriormente, o tratamento dos dados foi efectuado através de uma estratégia de análise estatística, utilizando o programa acima descrito e o Word, também da Microsoft.

O tratamento qualitativo da informação obtida, efectuou-se com recurso à técnica da análise de conteúdo que, segundo BARDIN, é *“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (2000, p.42).

Para VALA *“A análise de conteúdo é hoje uma das técnicas mais comuns na investigação...realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais...”* (in SILVA & PINTO, 1987, p.101).

Para efectuar-se a análise de conteúdo, recorreu-se à base de dados onde se efectuou a leitura das respostas às perguntas abertas. A partir desta leitura identificou-se categorias de análise para mais facilmente se conseguir trabalhar os dados obtidos. Para VALA *“A classificação, a categorização, é a primeira tarefa que realizamos...com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo ou atribuir-lhe sentido”* (in SILVA & PINTO, 1987, p.110).

Com a finalidade de proceder-se à categorização procuraram-se caracteres comuns em cada resposta. Segundo BARDIN: *“As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos”* (2008, p.145).

VALA também salienta que a “...inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria” (in SILVA & PINTO, 1987, p.111).

Posteriormente, procurou-se tornar as categorias mais específicas, delineando-se subcategorias, pelo que foram inseridos excertos das respostas obtidas, e que estavam de acordo com a área temática em estudo.

Efectuou-se várias leituras dos dados inseridos na base de dados, com o objectivo de conseguir-se que as categorias e subcategorias estivessem presentes as qualidades das boas categorias referidas por BARDIN: “a exclusão, a homogeneidade, a pertinência, a objectividade, a fidelidade e a produtividade” (2008, p.148).

De seguida, construiu-se uma matriz de codificação global (ANEXO II), atribuindo-se códigos às categorias e subcategorias. De seguida, utilizaram-se estes códigos, na elaboração de grelhas de análise (ANEXO II) onde estão transcritos excertos colhidos a partir da base de dados e relativos às respostas sujeitas à análise de conteúdo.

VALA refere que “Uma análise de conteúdo pressupõe a definição de três tipos de unidades: unidade de registo, contexto e enumeração” (in SILVA & PINTO, 1987, p.114).

Ao efectuar-se a análise procura-se ter sempre presente estes três tipos de unidades. Assim, a partir de um excerto de uma questão, delineou-se a unidade de registo que viria a integrar as subcategorias de cada categoria. De acordo com o que nos diz VALA “Uma unidade de registo é um segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (in SILVA & PINTO, 1987, p.114). Por fim temos a unidade de enumeração que foi definida por este mesmo autor como: “...a unidade em função da qual se procede à quantificação” (in SILVA & PINTO, 1987, p.115).

1.3-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, seguiu-se o tratamento de dados através da estatística descritiva, tendo por base o problema desta investigação. A apresentação dos dados obtidos, será realizada através de gráficos, associados a texto

narrativo, que analisa e os confronta com o enquadramento teórico. Pretende-se desta forma, fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão.

Fez-se a apresentação dos dados, tanto numa análise quantitativa (ANEXO I), como numa análise qualitativa (ANEXO II).

1.4-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO BAIRRO 1º DE MAIO

O Diagnóstico de Situação da população residente no Bairro 1º de Maio, resultou, de um projecto de intervenção comunitária no referido Bairro.

Segundo IMPERATORI “*o diagnóstico de situação deve ter como principais características ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes. Ser suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser fundamentalmente sucinto para ser facilmente lido e apreendido por todos...ser suficientemente claro para ser entendido por elementos da população, por técnicos e por políticos*” (1986, p.11).

A realização do Diagnóstico de Situação do Bairro 1º de Maio, decorreu de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009.

O Diagnóstico de Situação foi entregue em suporte escrito, ao Gabinete do Projecto Seixal Saudável, com a finalidade de ser analisado e posteriormente ser elaborado um projecto de requalificação e melhoria do Bairro 1º de Maio, dando resposta assim às necessidades prioritárias identificadas pela população e descritas no referido Diagnóstico (ANEXO III).

1.5-CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO BAIRRO 1º DE MAIO

Após o 25 de Abril de 1974, as operações SAAL (Serviço Ambulatório de Apoio Local), foram, durante um curto período, uma experiência de democracia e intervenção participativa no domínio da habitação social.

Ainda hoje, continua a constituir uma referência para os Estudos Urbanos, pela forma como envolveu arquitectos, engenheiros, juristas, geógrafos, sociólogos e sobretudo, os próprios moradores de bairros degradados, em barracas e em condições precárias de habitabilidade, num esforço associativo para lutar por uma habitação condigna e pelo direito à cidade. Os arquitectos faziam os projectos com a participação das populações, os moradores construíam e o Estado pagava os materiais. O SAAL, foi um modelo de aproximação às comunidades.

Neste contexto surgiu o Bairro 1º de Maio.

Este Bairro foi edificado pela Câmara Municipal do Seixal em 1980, para realojar uma população que residia em barracas nos terrenos anexos à antiga Siderurgia Nacional.

O Bairro, é constituído por 88 fogos, distribuídos por 3 ruas distintas. (Rua José Régio; Rua Jorge Sena e Rua Jaime Cortesão). A população é envelhecida, reformada principalmente da Siderurgia e da Indelma. São famílias distribuídas por casas com 3 a 4 assoalhadas de R/c e 1º andar, que foram sofrendo melhorias, realizadas pelas próprias pessoas. Existem vários casos sociais, já encaminhados. Existem casas degradadas, que precisam urgentemente de intervenção. São famílias com baixo índice escolar, predominando o analfabetismo e o 1º ciclo como habilitações literárias das pessoas inquiridas. Ao longo dos meses de Abril a Junho de 2009, foram aplicados os questionários a 55 pessoas, residentes no Bairro 1º de Maio.

Relativamente às necessidades de intervenção, estas englobam várias vertentes: apoio social, saúde e educacional, áreas de lazer, entre outras que serão posteriormente analisadas graficamente. Estas necessidades foram identificadas no decorrer da aplicação dos questionários, através de diálogo com os habitantes do Bairro, assim como pela observação directa.

A população residente no bairro, na sua maioria está inscrita no Seixal, distribuída pelas duas Unidades de Saúde Familiar e pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Toda esta caracterização da População do Bairro 1º de Maio, bem como a descrição das necessidades de intervenção fazem parte do Diagnóstico de Situação (ANEXO III).

1.6-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO BAIRRO 1º DE MAIO

Antes do início do estágio e da elaboração do projecto de estágio fez-se o reconhecimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Torre da Marinha pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde-Seixal e Sesimbra da Península de Setúbal II.

Esta deslocação à UCSP teve como finalidade, conhecer a Enfª Orientadora, a Unidade e os projectos que estavam a ser desenvolvidos na mesma. Esta primeira abordagem, foi de extrema importância no sentido do planeamento do trabalho a desenvolver durante o estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária, indo ao encontro das necessidades da instituição. Foi solicitado a realização de um diagnóstico de situação do Bairro 1º de Maio que se situa na freguesia da Arrentela, Concelho do Seixal. Este projecto de âmbito comunitário teve como objectivo geral a promoção da saúde da população residente no Bairro 1º de Maio, ao longo do ciclo de vida. Destinou-se a todas as famílias identificadas pela equipa de saúde, dando-se destaque às mais vulneráveis que são as crianças e os idosos.

Antes do início da intervenção no Bairro 1º de Maio, foi necessário conhecer a dinâmica da UCSP da Torre da Marinha, bem como o Gabinete do Projecto do Seixal Saudável e a Unidade Móvel.

Inicialmente, foi necessária a pesquisa bibliográfica sobre recolha de informação sobre o Concelho do Seixal, da Arrentela, do Projecto Seixal Saudável bem como do Projecto Saúde sobre Rodas, entre outros.

Após a pesquisa referida, fez-se o enquadramento do Seixal na Área Metropolitana de Lisboa, a caracterização Sócio-Demográfica do Concelho do Seixal e posteriormente o enquadramento Sócio-Demográfico da Arrentela. Este trabalho de pesquisa, permitiu localizar geograficamente o Município do Seixal, caracterizar historicamente a sua evolução e a das suas freguesias, nomeadamente a Freguesia da Arrentela, onde pertence o Bairro 1º de Maio.

Ao longo das últimas décadas o Município do Seixal apresenta um elevado crescimento urbano e demográfico. Este foi criado em 1836, por D.Maria II, aquando da reforma administrativa do liberalismo. Nesta época a população era essencialmente rural, dedicando-se a actividades relacionadas com o rio, indústria de moagem, agricultura. Após a Revolução Industrial, ocorreram diversas repercursões no Concelho do Seixal onde se localizaram várias unidades industriais (CMS, 1992).

O desenvolvimento industrial no pós-guerra caracterizou o sistema económico na Europa, também se fez sentir em Portugal tendo-se decidido construir uma Siderurgia. O local escolhido, obtido por expropriação, abrangia diversas quintas do Seixal. A Siderurgia Nacional foi inaugurada em 1960, oferecendo condições de trabalho á população. Assim, foram surgindo migrações o que contribuiu para um aumento da população no Concelho do Seixal.

Este Concelho registou entre os dois últimos Censos (1991 e 2001) o terceiro maior crescimento demográfico em números absolutos, no total dos Municípios Portugueses e o segundo na Área Metropolitana de Lisboa. Apresenta índices de progresso social, educativo, cultural e económico dos mais elevados do País, sendo o primeiro em desenvolvimento social.

No Concelho do Seixal residem, de acordo com a estimativa do Instituto Nacional de Estatística para 2004, cerca de 164 mil habitantes, sendo este o segundo Concelho com mais população no Distrito de Setúbal.

Posteriormente, a Enf^{ra} Orientadora apresentou o Gabinete do Projecto Seixal Saudável, bem como a equipa coordenadora do referido Projecto. Nessa altura, foi dado a conhecer o trabalho a desenvolver, no âmbito da especialização em Enfermagem Comunitária da UCP, junto da população do Bairro 1º de Maio.

Seguidamente pesquisou-se, informação sobre a Rede Europeia de Cidades Saudáveis. Sendo o Seixal, um dos Municípios pertencente à Rede Europeia de Cidades Saudáveis, fez todo o sentido conhecer um pouco mais esta Rede e o seu papel na saúde da comunidade. Foi necessário, investigar em que é que consistia a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, quais as cidades que fazem parte dela e o trabalho que está a ser desenvolvido na Cidade do Seixal, uma vez que esta faz parte da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis.

Após, estas pesquisas, conseguiu-se perceber em que consiste o Projecto Seixal Saudável inserido na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, do qual faz parte o “Projecto Saúde Sobre Rodas”. Para isso foi necessário a deslocação ao Gabinete do Projecto, a fim de recolher informações que foram úteis para o Diagnóstico de Situação da população residente no Bairro 1º de Maio.

O Projecto de Intervenção Comunitária “ Saúde Sobre Rodas ” intervém numa vertente clínica e social, em bairros sociais do Concelho, deslocando-se ao domicílio dos munícipes sempre que necessário. É dinamizado pelos Centros de Saúde do Concelho em parceria com a Câmara Municipal do Seixal, através do Gabinete de Acção Social e pelo Hospital Garcia de Orta, no âmbito do Projecto Seixal Saudável.

Utiliza para o efeito uma unidade móvel cedida pela Direcção Geral de Saúde ao Hospital Garcia de Orta, no âmbito de uma candidatura do mesmo ao Programa Saúde XXI. Esta unidade móvel foi disponibilizada ao Projecto Seixal Saudável para intervir de forma descentralizada no Concelho de Seixal, de acordo com as áreas de intervenção territorial dos três Centros de Saúde.

Este Projecto tem-se revelado uma mais-valia no Concelho do Seixal, na área da saúde comunitária, com resultados concretos em termos de atendimentos clínico e sociais a várias centenas de pessoas, distribuídas por bairros sociais.

Foi neste projecto, que se interveio no Bairro 1º de Maio na Arrentela.

Seguidamente, foi oportuno, efectuar-se uma pesquisa bibliográfica sobre intervenções comunitárias, planeamento, epidemiologia e o papel do enfermeiro na comunidade, tendo sido úteis, posteriormente, no tratamento e análise de dados do Diagnóstico de Situação.

Foi necessário, efectuar-se o reconhecimento geográfico do Bairro 1º de Maio e conhecer-se a dinâmica de funcionamento da Unidade Móvel.

A utilização de unidades móveis faculta a aproximação à comunidade, permitindo uma resposta mais adequada às necessidades reais da população.

As primeiras deslocações ao Bairro 1º de Maio, efectuaram-se na Unidade Móvel, com a presença da Enfª Orientadora. Habitualmente, a Unidade Móvel ficava

situada na primeira rua do Bairro 1º de Maio, onde as pessoas se deslocavam com o intuito de cuidados de saúde (medição da tensão arterial, avaliação da glicémia capilar, entre outros). Seguidamente, verifica-se que eram sempre os mesmos residentes a deslocarem-se à unidade móvel, pois eram os que residiam mais perto do local onde estava estacionada. No entanto, após reflexão, conclui-se que não era uma boa estratégia de intervenção, visto não englobar toda a população de Bairro, pois apenas abrangia uma rua.

Posteriormente, optou-se por definir outra estratégia, estacionar a Unidade Móvel na rua central do Bairro, junto ao parque infantil, facilitando o acesso de todas as pessoas à Unidade Móvel. Assim, conseguiu-se abranger mais população o que implicou mais intervenção e mais questionários aplicados.

Para IMPERATORI, *“a selecção de estratégias permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo”* (1986, p.11)

Seguidamente, observou-se, as condições de habitabilidade dos residentes, o estado de conservação do parque infantil, as necessidades de saúde da população, as condições de higiene da associação de moradores e todo o meio envolvente em redor do bairro.

Assim, COLLIÈRE refere que: *“Já em 1852, Florence Nightingale, que trabalhava com os epidemiologistas William e John Sutherland, se tinha dado conta de que a saúde era influenciada por factores como a habitação, a iluminação, os meios de aquecimento ou arejamento”*.(1999, p.212)

Por tudo nisto, intervenção comunitária, não é só olhar o outro e perceber que está doente, é entender e compreender o porquê da doença, quais as causas da doença e como minimizá-la ou eliminá-la. Intervir é mais do que olhar, é chegar-se ao outro, através do que o outro transmitiu, com um olhar, com um toque, com uma lágrima...caminhando ao encontro do futuro em comunidade e com a comunidade...

Assim, PHANEUF refere: *“...para ajudar, a enfermeira tem de tomar a iniciativa ou facilitar o primeiro contacto relacional”*. Neste *“primeiro contacto”*a enfermeira *“orienta-se para a experiência de outrem; abre-se e observa: assenta, olha,*

toma conhecimento, escolhe dados, toma consciência das expectativas e das necessidades das pessoas.” (2005, p.5).

Foi nesse espírito de partilha, de trabalho, que se conseguiu caracterizar a população do Bairro 1º de Maio, assim como a identificação de necessidades e posteriormente a elaboração do Diagnóstico de Situação, não só com o objectivo académico, mas também com o objectivo de entrega do mesmo, no Gabinete do Projecto Seixal Saudável afim de ser analisado por técnicos da Câmara Municipal do Seixal.

Neste contexto, VIEIRA refere que: *“o enfermeiro deve conhecer as necessidades da população e da comunidade em que trabalha ou se insere e colaborar com outros profissionais nos programas que visem soluções para os problemas de saúde detectados”*.(2008, p.86)

Seguidamente, constatou-se que a Unidade Móvel só estava disponível quinzenalmente para o projecto de intervenção no Bairro 1º de Maio. Falou-se então, com os representantes da Direcção da Associação de Moradores, no sentido de se poder usufruir da sala anexa à Associação de Moradores, onde passaria a funcionar, um gabinete de “enfermagem” para a comunidade residente no bairro.

A Direcção acedeu de imediato ao pedido, o que facilitou imenso o trabalho de recolha de dados para a elaboração do Diagnóstico de Situação. Esta sala, foi organizada com material existente da mesma, de modo a dar resposta a situações de vária ordem, nomeadamente sessões de educação para a saúde, medições de tensão arterial, avaliação de glicémias capilares, realização de pensos, mas sobretudo um local onde as pessoas pudessem ter alguma privacidade para falarem das suas histórias de vida, dos seus problemas, entre outras.

Segundo D`ESPINEY *“o trabalho das enfermeiras nas comunidade e nos bairros surge como uma intervenção centrada no doente/utente que se exprime por via da oferta de uma disponibilidade de acompanhamento de situações complexas, onde a enfermeira surge como uma figura de referência a quem a população recorre para solicitar ajuda”*.(2008, p.16)

Com o passar do tempo a referência era notória, surgindo cada vez mais pessoas, na sala da Associação de Moradores onde eram prestados cuidados de saúde à população e onde eram inquiridos os residentes. No entanto, era também necessário deslocar-se às habitações e efectuar-se a aplicação dos questionários aos moradores que não frequentavam a Associação de Moradores, de modo a abranger o maior número de pessoas inquiridas.

Posteriormente, de forma a organizar-se os dados recolhidos, foi necessário elaborar folhas de registo dos residentes, onde ficavam registados cuidados de saúde prestados, encaminhamentos efectuados, isto é, informação relevante para cada pessoa (ANEXO IV).

No entanto, era necessário definir estratégias de organização do material que se recolhia, inclusive os questionários. Seguidamente, elaborou-se um dossier do Bairro, onde foram distribuídos os questionários pelas três ruas do Bairro 1º de Maio. Fez-se, também uma folha de registo dos questionários já efectuados e quais as necessidades de intervenção que as pessoas iam identificando (ANEXO V).

De seguida, anexou-se as folhas dos registos das pessoas, aos referidos questionários no dossier.

Outra estratégia de organização, também importante, foi o facto de se ter criado livros de registos para os residentes, consoante as patologias que as pessoas referiam nos questionários, como por exemplo, livros de registo das glicémias capilares, de registo de valores tensionais, de medicação que estavam a efectuar,....

De início, as pessoas perdiam os livros de registo, após novas explicações sobre a importância dos mesmos as pessoas conseguiram responsabilizar-se e entender que estes livros eram necessários para o registo dos seus valores tensionais, de glicémias capilares, dos encaminhamentos efectuados para enfermeiros de famílias, das consultas marcadas e de observações dignas de registo...fazendo a ligação entre a comunidade e a Unidade de Saúde em que estavam inscritos.

Segundo D`ESPINEY: *“a relação com os doentes consolida-se com o tempo e a continuidade de uma atenção e de uma disponibilidade...”*, por parte do enfermeiro.

Ainda, segundo a mesma autora, *“a imagem do enfermeiro como alguém que*

acompanha o outro num percurso de saúde é mais evidente no trabalho comunitário...”, o enfermeiro é visto como alguém que sabe mobilizar os recursos de saúde, existentes na comunidade, “estabelecendo pontes entre instituições e com acesso directo aos médicos e aos serviços hospitalares, pelo que pode ajudar a resolver problemas”, existentes na comunidade.(2008, p.16).

Durante a intervenção, procedeu-se à recolha de material fotográfico que ajudou a compreender a problemática do Bairro 1º de Maio (ANEXO III).

Seguidamente, elaborou-se um álbum de imagens do Bairro, que foi posteriormente apresentado no Gabinete do Projecto Seixal Saudável, durante uma reunião com técnicos da Câmara Municipal do Seixal. Após esta apresentação os técnicos da Câmara deslocaram-se ao Bairro e constataram a realidade das imagens (falta de iluminação, baloiços danificados, ruas com piso irregular, casas degradadas, entre outras).

Durante a intervenção no Bairro, foram planeados cuidados de enfermagem à população, nomeadamente junto de crianças e idosos, na área da vacinação, situações de feridas que necessitavam de cuidados médicos, marcação de consultas de vigilância de planeamento familiar, marcação de consultas de enfermagem na área da diabetes, realização de visitas domiciliárias, ensinamentos à população, entre outros...

Estas actividades, enquadram-se nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Segundo LANCASTER estas necessidades enquadram-se numa perspectiva de prevenção primária onde *“ inclui intervenções que promovam a saúde e previnam a doença que se desenvolva o processo de doença”* (1999, p.228); numa perspectiva de prevenção secundária onde *“ o objectivo é reverter ou reduzir a gravidade da doença ou promover a cura”* (1999, p.228); e numa perspectiva de prevenção terciária, *“dirige-se às pessoas com doença clinicamente aparente. O objectivo é melhorar o curso da doença, reduzir a incapacidade ou reabilitar. Os enfermeiros comunitários desempenham muitas vezes um papel determinante na monitorização da adesão e na prestação de serviços que contribuem para recuperar ou melhorar a qualidade de vida de pessoas afectadas por doença”* (1999, p.228).

Constatou-se que este trabalho desenvolvido foi uma mais valia na aquisição de competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária, e na realização do Diagnóstico de Situação da população do Bairro 1º de Maio, na Arrentela.

Logo depois, foi necessário desenvolver várias actividades, no âmbito de outros projectos que estavam a ser desenvolvidos na UCSP da torre da Marinha.

1.7-OUTROS PROJECTOS

1.7.1-Actividades desenvolvidas

As actividades desenvolvidas no âmbito de outros projectos, permitiram um melhor conhecimento e integração na equipa multidisciplinar.

1.7.1.1-Participação no Projecto Gira Lua

No Módulo I no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009, foi necessário acompanhar a Enfª Orientadora na Unidade Móvel, primeiramente, no Projecto Gira Lua. Este é um projecto de intervenção comunitária junto das prostitutas de rua em determinadas zonas do Concelho do Seixal, designadamente na zona do Marco do Grilo, em Fernão Ferro/Coína. A prostituição surge normalmente associada a comportamentos de risco e consequentes perigos para a saúde pública, tais como a propagação de doenças sexualmente transmissíveis e a toxicoddependência, entre outros.

Ao nível social, importa salientar a vulnerabilidade a que as pessoas com estas práticas estão sujeitas, nomeadamente a exploração por parte dos proxenetas, associada muitas vezes a redes de imigração ilegal, entre outras. Foi um trabalho muito gratificante e impressionante, pois constatei uma realidade dura e por vezes desumana. São mulheres de diversos grupos etários, de diversas nacionalidades (Gana, Roménia,...), que falam a língua Inglesa, e que estão muitas delas em situação de ilegalidade no nosso País.

A intervenção neste projecto, junto destas mulheres baseou-se na promoção da saúde e na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (das quais destaca-se a SIDA), na conversa com elas, distribuindo preservativos, encaminhando-as para as consultas de planeamento familiar e para os vários recursos da comunidade existentes,

que a maior parte destas mulheres desconhece. O diálogo com elas não podia ser demorado, pois iria prejudicar a sua vida, o seu “negócio”. São mulheres com histórias de vida impressionantes, algumas são cultas, e com profissões estáveis, mas insuficientes para poderem sobreviver sem a prostituição. Segundo elas, o dinheiro que ganhavam servia para manterem os filhos na escola, para a alimentação e para bens de primeira necessidade. Foram testemunhos impressionantes de mulheres sofridas e muito revoltadas com a sua vida, mas que sonham um dia em deixar este mundo da prostituição...

As deslocações efectuadas no âmbito deste projecto ocorreram quinzenalmente, devido à disponibilidade da Unidade Móvel, no entanto este projecto continua a ser desenvolvido pelas Enfermeiras do ACES do Seixal e Sesimbra.

1.7.1.2-Visita de estudo ao Centro de Saúde de Grândola

A visita de estudo realizada no dia 29 de Abril de 2009 ao Centro de Saúde de Grândola, foi outra actividade realizada no decorrer do Módulo I. Esta visita contou com a presença dos alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica do Porto.

Neste dia conheceu-se a realidade do que foi e do que é o agora Centro de Saúde de Grândola, não só pela sua dimensão, mas sobretudo pelos aspectos da evolução do Centro de Saúde (o seu passado, o presente e o seu futuro). Ficou-se com o conhecimento da sua organização e do seu funcionamento, que em tempos era considerado um “Hospital Local”, com imensos recursos para a comunidade (internamento com 33 camas, maternidade, morgue, entre outros) e que hoje já não existe. Actualmente este Centro de Saúde abrange uma área geográfica extensa, inclusive com casas distribuídas por montes isolados, onde a problemática do isolamento social é uma constante. Muitas pessoas que vivem sózinhas necessitam de cuidados de saúde, apoio social, de apoio domiciliário, entre outros, e que o Centro de Saúde de Grândola tenta dar resposta, mesmo com os poucos recursos humanos existentes para uma tão vasta população.

De seguida, percorreu-se, com a Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária do Centro de Saúde de Grândola, as Minas do Lousal, o Centro Artesanal, o Museu da Ciência Viva e o Centro Comunitário do Lousal, onde existe uma pequena extensão do Centro de Saúde (composta por um gabinete médico e um gabinete de enfermagem).

Foi importante conhecer o Lousal, as minas e o museu e perceber o que foi aquela comunidade ligada à extracção mineira, onde durante a exploração da mina, “o progresso social acompanhou o progresso tecnológico”.

1.7.1.3-Participação nos Cursos de Formação

Os Cursos de Formação desenvolvidos no Centro de Saúde da Amora, no âmbito do Projecto Janela Aberta para Cuidar de Crianças e Jovens-2009, foram também importantes para o tipo de estudo pretendido. Este projecto tinha como finalidade dar formação a auxiliares, funcionárias, a amas da Segurança Social de várias instituições que recebem crianças e jovens do Concelho do Seixal.

A Enf^a Orientadora, era uma das formadoras. Assim foram realizadas sessões sobre prevenção de acidentes na infância, cuidados na preparação e administração de biberons, cuidados a ter com o coto umbilical, quais as doenças sexualmente transmitidas, quais os métodos contraceptivos existentes e os cuidados que devem ter com a administração de medicamentos. Estas sessões realizaram-se semanalmente e em horário pós-laboral. No final de cada tema, ocorria um teste de avaliação de conhecimentos, de modo a verificar se as formandas tinham adquirido ou não conhecimentos, ficando com um diploma no final do Curso.

Estas sessões foram relevantes, na medida em que foram adquiridos conhecimentos sobre metodologia, técnicas de apresentação e de planeamento de actividades e utilizados posteriormente nas apresentações no Bairro 1º de Maio, na Escola e no Gabinete do Projecto Seixal Saudável.

1.7.1.4-Participação no VI Fórum Seixal Saudável

O VI Fórum Seixal Saudável que decorreu nos dias 14 e 15 de Maio de 2009, no Auditório Municipal do Fórum Cultural do Seixal e na Quinta Valenciana em Fernão Ferro e foi pertinente para o estudo aqui apresentado.

Este Fórum foi subordinado ao tema “Saúde da Comunidade: O Nosso Compromisso”. De facto, a saúde da comunidade tem constituído um compromisso pelo qual a CMS tem zelado ao longo dos tempos. A prová-lo está o facto da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter atribuído, desde 1998, a designação de Cidade Saudável a este Município do Seixal. Este título é atribuído pela OMS a um conjunto de cidades ou municípios que se comprometem em promover a saúde e qualidade de vida das suas populações e colocam em prática princípios como a equidade, a promoção da saúde, a participação comunitária e a cooperação multisectorial.

O Fórum foi composto por 3 sessões plenárias que se intitularam: *Equidade em Saúde, Cidades Saudáveis e Criativas, Parceria Seixal Saudável: Uma Rede em Movimento* e 4 Painéis Temáticos *[Re]criar Saúde com a comunidade, Saúde e Comportamentos-Que relação com a Felicidade?, Ambientes Urbanos-Uma Questão de Saúde, Saúde em Tempos de Mudança-Idade, Género e Cultura*.

Este Fórum foi de uma contribuição extrema, tanto na integração, como no desenvolvimento pessoal e profissional, na aquisição de novas competências, e de novos conhecimentos úteis no decorrer do estágio, são exemplos: a partilha de experiências de projectos de promoção de saúde e de qualidade de vida, o relembrar dos conceitos de promoção da saúde urbana, a aplicação do Plano e Desenvolvimento de Saúde e o conhecer a rede de parcerias, promovendo o desenvolvimento das estruturas concelhias.

No último painel, “*Saúde em tempos de Mudança-Idade, Género e Cultura*”, foi apresentado o “Projecto Gira Lua: As Faces da Lua”-Intervenção Comunitária junto de Prostitutas de Rua, pela Enf^a Orientadora, por uma Enf^a do ACES de Seixal e Sesimbra e pela Dr^a do Gabinete de Acção Social da CMS. É de referir, a colaboração prestada à Enf^a Orientadora na elaboração da apresentação do trabalho, nomeadamente na pesquisa bibliográfica sobre “prostituição”. Foi sem dúvida, uma apresentação com impacto na assembleia assistente, não só pela intervenção comunitária junto destas mulheres, mas sobretudo pela promoção da saúde e na prevenção de doenças, contribuindo assim para a obtenção de ganhos em Saúde, nomeadamente na actualização do Programa Nacional de Vacinação (PNV), na vigilância da Saúde das mulheres, na utilização de contracepção, e na diminuição do número de pessoas infectadas com HIV,

toxicodependência e diversos problemas sociais que estão associados à prática da prostituição.

Segundo FONTINHA “a prostituição é hoje transvestida, buscando argumentos do passado para perpetuar comportamentos e mentalidades em relação à condição da mulher. *“Explorar o corpo reduzi-lo a objecto, é a negação da liberdade. Todos os seres humanos querem amar e ser amados, dar-se e não vender-se”*(2001). Por tudo isto, pensar que a prostituição existiu, existe e existirá sempre, é negar ao ser os seus direitos, é negar a dignidade, é desacreditar a possibilidade da liberdade de existir.

Assim, FONTINHA, citando ENGELS, afirmava que: *“o amor entre o homem e a mulher foi fruto de uma caminhada pensada e sentida, criada através de um longo e por vezes doloroso percurso elaborado por seres humanos, que se iam distinguindo de outras espécies pela forma de estar na vida. Na sensibilidade e inteligência humanas esse é, sem dúvida, um aspecto fundamental a ter em conta: a caminhada da civilização é feita por homens e mulheres, caminhando lado, a lado”* (2001).

Penso que, a apresentação do trabalho desenvolvido no Projecto de Intervenção Comunitária junto das prostitutas de rua, foi um ponto alto do Fórum, não só pelo projecto em si, mas sobretudo pelo tema que ainda hoje é um pouco tabu junto da população em geral e que, por vezes, gera controvérsias.

1.7.1.5-Participação no Projecto “Caminhar por uma Gravidez Saudável”

A CMS, em parceria com o ACES de Seixal e Sesimbra, realizou no dia 17 de Maio de 2009, a iniciativa *Caminhar por uma Gravidez Saudável*.

O objectivo foi juntar grávidas e suas famílias numa caminhada de ida e volta entre o Parque dos Franceses, no Seixal, e a Quinta da Fidalga, em Arrentela, junto à zona ribeirinha. A iniciativa teve como objectivo sensibilizar para a importância do exercício físico e de um estilo de vida activo durante a gravidez. No total participaram cerca de 70 pessoas nesta caminhada, num percurso sempre acompanhado por Enfermeiros do Projecto de Preparação para o Nascimento e de uma ambulância no caso de alguma das 40 grávidas, que participaram na caminhada, necessitarem de assistência. No final da caminhada, no Parque dos Franceses, ocorreu uma aula de relaxamento com

uma professora de Ioga. Posteriormente no mês de Junho, saiu uma publicação no Boletim Municipal do Seixal referente a este evento.

Com esta iniciativa, houve a oportunidade de conhecer o funcionamento e a dinâmica dos Cursos de Preparação para o Nascimento que funciona no ACES do Seixal e Sesimbra, e de como é importante promover os estilos de vida saudáveis na população.

1.7.1.6-Visita à Feira de Projectos Educativos na Antiga Fábrica de Lanifícios da Arrentela

A realização da 8ª edição da Feira de Projectos Educativos decorreu de 11 a 24 de Maio de 2009, na antiga Fábrica de Lanifícios da Arrentela. Este evento contou com a participação das escolas dos vários níveis de ensino e teve como principais temas: *O Ano Internacional da Astronomia*, que se assinalou em 2009 e os *35 anos da Revolução do 25 de Abril*. O objectivo da Feira foi divulgar, de forma dinâmica, o trabalho desenvolvido no Concelho do Seixal na Área da Educação através de actividades que unem a comunidade escolar com a população.

A Feira de Projectos Educativos foi visitada com a Enfª Orientadora e foram observadas várias exposições. Foram também visitados os expositores da CMS e do ACES de Seixal e Sesimbra.

Posteriormente, foi feita uma nova visita à Feira de Projectos Educativos, a fim de serem adquiridos vários livros sobre o Concelho do Seixal, do Ecomuseu Municipal do Seixal, entre outros. Estes livros, foram de extrema utilidade na caracterização do Concelho do Seixal, da Arrentela e sobretudo no enquadramento socioeconómico do Concelho e na caracterização do Bairro 1º de Maio.

1.7.1.7-Realização de Rastreios do HIV

Nos dias 4, 5 e 6 de Junho de 2009 decorreu no Rio Sul Shopping a realização de rastreio do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

Este rastreio foi realizado com a colaboração da Psicóloga do Centro de Atendimento e Detecção do VIH de Almada (CAD de Almada), da Enf^a Orientadora da UCSP da Torre da Marinha, e de alguns alunos de Escolas do Concelho do Seixal. Os rastreios realizaram-se na Unidade Móvel que ficou situada no parque de estacionamento do Shopping.

O rastreio teve como finalidades: educação para a saúde, prevenção da doença, informação sobre a SIDA, realização de testes rápidos de VIH, aconselhamento e encaminhamento de utentes com teste positivo, entre outras...

Assim, DUQUE citado por RODRIGUES, refere que: *“os primeiros casos de uma epidemia anunciada, nos Estados Unidos da América do Norte; a epidemia da Sida, começou de forma oficial em 5 de Junho de 1981, com a publicação dos primeiros casos de pneumonia por: Pneumocystis Carinii no Boletim do Centers for disease control, Morbidity and Mortality Weekly Report”* (2002, p.11).

A realização dos testes rápidos, realizados durante o rastreio, é gratuita e confidencial. Para o desenvolvimento pessoal da Enf^a Discente, foi importante, tendo sido a primeira vez que efectuou um rastreio em Unidades Móveis. Os procedimentos na realização dos testes rápidos foram muito fáceis, uma vez que na actividade profissional, a enfermeira faz parte da equipa do CAD de Setúbal, onde semanalmente faz os testes do HIV.

1.7.1.8-Participação em Reuniões

No decorrer do Módulo I, ocorreram reuniões no Gabinete do Projecto Seixal Saudável. Estas reuniões foram importantes, não só pelo facto de se ficar a conhecer toda a Equipa do Projecto Seixal Saudável, mas sobretudo pela apresentação dos projectos que estavam a ser desenvolvidos na comunidade, nomeadamente o “Projecto Saúde sobre Rodas”. No decorrer das reuniões, foram abordadas várias temáticas como as parcerias existentes nos diversos projectos de intervenção comunitária do Concelho do Seixal; qual a importância deste Município pertencer às Redes Europeias de Cidades Saudáveis, ou seja, das cidades promotoras da saúde; ocorreram também reuniões com Arquitectas da Câmara, Psicólogas, com o Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de Almada, com os Enfermeiros do ACES do Seixal e Sesimbra, com a Assistente Social, entre outros...

CAPÍTULO 2

O conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população, resulta do Diagnóstico de Situação da Comunidade. IMPERATORI refere que: *“é preciso definir prioridades. Como não é possível resolver simultaneamente todos os problemas de saúde, há que definir aqueles onde se deve intervir de forma mais intensiva”* (1986, p.6). Neste capítulo estão descritas as prioridades de intervenção da comunidade em estudo.

2.1-MÓDULO II

2.1.1-Descrição e Análise dos Objectivos do Módulo II

A Implementação do Projecto de Intervenção, decorreu no Módulo II, de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009, dando resposta às necessidades da população do Bairro 1º de Maio, resultantes do trabalho desenvolvido no Módulo I.

Definiu-se como objectivos deste Módulo:

- Identificar prioridades de intervenção no Bairro 1º de Maio;
- Implementar medidas de resolução das prioridades identificadas;
- Planear intervenções de enfermagem no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis.

2.2-PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO

Um dos aspectos importantes que preocupa a população do Bairro 1º de Maio, é sem dúvida a falta de ocupação das pessoas idosas, em que a solidão é a sua principal companhia. As crianças também não possuem nenhum espaço para actividades de tempos livres, ficando habitualmente a brincar na rua.

No que diz respeito às necessidades de intervenção prioritárias no Bairro 1º de Maio, estas são descritas seguidamente. É de referir, que esta listagem de prioridades não decorreu só do tratamento e análise dos dados referentes ao inquérito por questionário, mas também pela observação participante, pela presença, pela recolha de imagens fotográficas do Bairro 1º de Maio que ajudam a caracterizar esta problemática e também, enquanto se prestam cuidados á população do Bairro 1º de Maio.

IMPERATORI diz-nos que: *“é preciso definir prioridades. Como não é possível resolver simultaneamente todos os problemas de saúde há que definir aqueles onde se deve intervir de forma mais intensiva”* (1986, p.6).

A lista de prioridades de intervenção para o Bairro 1º de Maio identificadas foram: a construção e remodelação de zonas de lazer; a construção de Centro de dia; a resolução e encaminhamento de doenças emergentes relacionadas com comportamentos aditos; a prevenção de acidentes de várias ordens: (parque infantil com baloiços danificados, ruas com piso irregular); a eliminação de algumas barreiras arquitectónicas, minimizando os acidentes; a vacinação da população; a realização de sessões de educação para a saúde, relacionadas com o alcoolismo, vacinação e promoção de estilos de vida saudáveis; o encaminhamento dos desempregados para a Assistente Social e a desinfectação de algumas residências, assim como a vacinação dos animais pertencentes aos residentes.

2.3-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MÓDULO II

No âmbito do módulo II, realizaram-se as seguintes actividades:

No decorrer deste módulo, foi importante, após as necessidades identificadas pela população, o empenhamento da mesma na resolução dos seus problemas. No entanto, o papel do enfermeiro na comunidade, não se resume só á identificação, implementação e resolução das necessidades de intervenção da população. Este é responsável pela promoção e capacidade de autonomia e iniciativa da população, na resolução dos seus problemas de saúde (empowerment).

Assim, IMPERATORI, diz-nos que *“o planeamento em saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo dos seus hábitos de*

saúde ou na utilização dos serviços”, refere também o mesmo autor que “cada vez mais frequentemente insiste-se na importância da participação da população nos programas de saúde” (1986, p.8).

Numa primeira fase, efectuaram-se pesquisas bibliográficas sobre vacinação, visitação domiciliária e promoção de estilos de vida saudáveis, (alimentação na diabetes, hipertensão e colesterol).

Seguidamente, foram realizadas reuniões com a Coordenadora do Gabinete do Projecto Seixal Saudável, onde foram apresentadas as necessidades identificadas pela população, quer as de saúde quer as de outros âmbitos e que mereciam uma avaliação por parte do Gabinete e dos seus técnicos.

2.4-A RESOLUÇÃO DAS PRIORIDADES

Um dos aspectos mais importantes que preocupa a população inquirida, foi sem dúvida a necessidade de apoio de saúde em que 31% (28) inquiridos entendem como sendo prioritário este tipo de apoio, seguindo-se de 17% (15) que definem como prioridade a construção de um Centro de Dia e que apenas 11% (10) inquiridos referiram a construção e remodelação de espaços verdes/jardins.

Das prioridades de intervenção identificadas, existem algumas que são da competência de recursos da comunidade tendo sido referenciadas e aguardam resolução a longo prazo. Relativamente às prioridades identificadas da competência da UCSP da Torre da Marinha estas foram implementadas e solucionadas.

O Relatório do Director Geral da Organização Mundial de Saúde à Assembleia Mundial da Saúde em 1979 ratifica que: *“a população...deve participar activamente na concepção e administração das actividades a fim que elas sejam exactamente adaptadas ás necessidades e prioridades do nível local, sendo as decisões o fruto de um diálogo contínuo entre população e serviços” (1986, p.8).*

2.4.1-Construção e remodelação de Zonas de Lazer

- Construção e remodelação de zonas de lazer para o Bairro 1º de Maio (em análise no Gabinete do Projecto Seixal Saudável/Câmara Municipal do Seixal);

2.4.2-Construção de Centro de Dia

- Construção de um Centro de Dia (em análise no Gabinete do Projecto Seixal Saudável/Câmara Municipal do Seixal);

Um dos aspectos importantes que preocupa a população do Bairro 1º de Maio é sem dúvida a falta de ocupação das pessoas idosas, em que a solidão é a sua principal companhia. Na intervenção comunitária, o enfermeiro deparou-se com situações de solidão e isolamento social dos idosos, aquando da realização de visitação domiciliária. Daí a importância da construção de um Centro de Dia no Bairro 1º de Maio.

2.4.3-Doenças Emergentes Relacionadas com Comportamentos Aditos

- Doenças emergentes relacionadas com comportamentos aditos: identificou-se 4% (4) pessoas com comportamentos aditos, que foram encaminhados para o CAT de Almada. Actualmente estes residentes encontram-se em tratamento no CAT de Almada.

2.4.4-Prevenção de Acidentes de Vária Ordem

-Prevenção de acidentes de vária ordem (parque infantil com baloiços danificados, ruas com piso irregular). No início da intervenção no Bairro, detectou-se a existência de baloiços danificados que poderiam pôr em risco a vida das crianças. Verificou-se também a existência de mesas e cadeiras, do referido parque, danificadas onde poderiam ocorrer acidentes de vária ordem. Posteriormente, fotografou-se este local e apresentaram-se as imagens aos técnicos da Câmara, envolvidos no Projecto Seixal Saudável. Após esta intervenção os baloiços danificados foram retirados do parque infantil e aguarda-se uma requalificação do mesmo.

Relativamente às ruas com piso irregular e com lixo, verificou-se que passou a existir semanalmente uma limpeza das ruas efectuada pelos funcionários da Câmara Municipal do Seixal. Fez-se ensino junto das pessoas sobre a importância de deitar o lixo nos contentores respectivos, a fim de evitar o aparecimento de várias doenças (pois constitui um risco para a Saúde Pública).

2.4.5-Eliminação de Barreiras Arquitectónicas

-Identificou-se a existência de barreiras arquitectónicas, em 3 habitações de pessoas com status pós-AVC em que as limitações motoras dificultavam, por exemplo, o acesso ao WC das suas habitações que se localizavam no 1º andar. Outra limitação são os degraus existentes no acesso às casas. Era necessário criar rampas de acesso, foram identificadas três situações e encaminhadas para o Gabinete do Projecto Seixal Saudável/Câmara Municipal do Seixal, que aguardam resolução.

-Identificou-se a necessidade de material de apoio (canadianas, andarilhos), para os residentes com necessidades motoras facilitando a sua mobilização e prevenindo possíveis acidentes. Fez-se o encaminhamento para a Assistente Social da ACES Seixal e Sesimbra, e resolveu-se a situação.

2.4.6-Actualização e Aumento da Cobertura Vacinal dos Residentes no Bairro 1º de Maio

Da análise dos dados recolhidos na aplicação do questionário do Módulo I verificou-se que 34% (19) dos 55 inquiridos possuíam boletim de vacinas actualizado e que 66% (36) ou não têm ou não respondem à questão.

De forma a reduzir o número de inquiridos sem boletim e sem vacinas actualizadas, procedeu-se à vacinação da população residente no Bairro 1º de Maio na Unidade Móvel. Primeiro as pessoas foram alertadas para a possibilidade de fazerem as vacinas no próprio Bairro, não havendo deste modo a necessidade de se deslocarem ao Centro de Saúde; depois foram alertadas para os dias e para a flexibilidade de horários, de modo a abranger toda a população.

Verificou-se assim que a população aderiu á campanha de vacinação, melhorando a taxa de cobertura vacinal. Segundo LANCASTER a vacinação enquadra-

se numa perspectiva de prevenção primária: “...*inclui intervenções que promovem a saúde e previnem que se desenvolva o processo de doença*” (1999, p.228).

Sendo a vacinação uma das prioridades, as enfermeiras da UCSP da Torre da Marinha, continuam o trabalho iniciado.

2.4.7-Sessões de Educação para a Saúde

Realizaram-se 3 sessões de educação para a saúde na Associação de Moradores relativas à Diabetes, Hipertensão, Colesterol, com o objectivo da promoção de estilos de vida saudáveis, da população em geral. Estas sessões contaram com a colaboração do aluno do 4º ano da Escola Superior Politécnica de Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Sendo que em relação à HTA, existem em Portugal cerca de 2 milhões de hipertensos e que destes, apenas metade tem conhecimento que tem a tensão arterial elevada, destes apenas um quarto está medicado e apenas 16% estão controlados. (PortalSaude, 2010, p. 1). “*Hoje sabe-se que a adopção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e que a sua detecção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de incidência de doença cardiovascular*” (PortalSaude, 2010, p. 1).

Primeiramente, informou-se a população das referidas sessões, posteriormente afixou-se um cartaz, na Associação, com a data e hora das referidas sessões de educação para a saúde. Seguidamente, elaborou-se o material a ser apresentado nas referidas sessões (ANEXO VI).

Após estas sessões, efectuou-se um rastreio à população relativamente ao Colesterol, Hipertensão e Diabetes (ANEXO VIII). Este rastreio enquadra-se numa perspectiva de prevenção secundária segundo LANCASTER: “*a prevenção secundária destina-se a detectar a doença nos seus estadios precoces*” (1999, p.228).

Todos os ensinamentos efectuados no decorrer deste Módulo, foram uma mais valia para a educação da população, capacitando-a e incentivando-a para o facto de adquirir

conhecimento e autonomia para a resolução dos seus próprios problemas (empowerment).

Na intervenção Comunitária, o enfermeiro procura as pessoas da comunidade, trabalha na comunidade, para a comunidade e em parceria com os restantes recursos da comunidade, passando a ser muitas vezes o técnico de referência, para aquela população. Depois de estabelecer uma relação de empatia com aquela população e numa posição privilegiada, relativamente a qualquer outro técnico, em possa ser uma mais valia para aquela população, ao conhecer os seus problemas e necessidades melhor que ninguém, pois está a trabalhar dentro da comunidade e até mesmo em instalações físicas (Sede da Associação de Moradores) disponibilizadas pela própria população. Esta filosofia corresponderá sem dúvida à realidade presente na aposta do futuro da enfermagem.

2.4.8-Encaminhamento para Assistente Social

Constatou-se que das 55 pessoas inquiridas, durante a realização do Módulo I, 15% (8) estavam desempregadas e que das 110 pessoas que constituíam os agregados familiares 9% (10) das pessoas também estavam desempregadas o que faz um total de 24% (18) pessoas desempregadas, da população estudada (inquiridos e agregado familiar). Posteriormente, procedeu-se ao encaminhamento dos desempregados para a Assistente Social, após reunião com esta na UCSP do Seixal. Nesta sequência, assistente Social agendou atendimentos para a população e efectuou visitas domiciliárias às famílias que necessitavam de intervenção.

2.4.9-Medidas de Higienização das Habitações dos Residentes no Bairro no Bairro 1º de Maio

A desinfestação das casas e a vacinação dos animais pertencentes aos residentes, foram outras necessidades prioritárias de intervenção identificadas. Observava-se diariamente no Bairro, ruas com dejectos de animais e águas com cheiro suigeneris. Verificou-se que existiam animais pertencentes aos residentes que necessitavam de vacinação. No entanto alertaram-se as pessoas, para os perigos de Saúde Pública que existiam pelo facto das ruas estarem sujas e dos animais não estarem vacinados. Estas

situações foram referenciadas numa reunião no Gabinete do Projecto Seixal Saudável/Câmara Municipal do Seixal.

2.5-OUTROS PROJECTOS

2.5.1-Actividades Desenvolvidas

No decorrer do Módulo II, e para assinalar o Dia Mundial da Luta contra a Sida, que se celebrou no dia 1 de Dezembro de 2009, foram promovidas várias acções de sensibilização e informação sobre a importância da adopção de medidas preventivas contra a propagação da infecção pelo VIH.

No âmbito do Projecto Saúde sobre Rodas, no dia 14 de Dezembro de 2009 teve lugar uma acção de sensibilização junto ao Centro Comercial d`Amora que incluiu a realização de testes de rastreio do VIH, disponibilização de preservativos e esclarecimento de dúvidas. Foram rastreadas 40 pessoas. Esta iniciativa, onde se participou, teve a colaboração da Psicóloga do CAD de Almada, Enf.^a Orientadora e de um aluno do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Escola Superior Politécnica de Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A iniciativa foi divulgada no Boletim Municipal do Seixal.

Assim, este rastreio enquadra-se numa perspectiva de Prevenção Secundária, segundo LANCASTER *“a prevenção secundária destina-se a detectar a doença nos seus estadios precoces (patogénese precoce), antes de se manifestarem sinais e sintomas clínicos, no sentido de intervir com um diagnóstico precoces”* (1999, p.228).

CAPÍTULO 3

A família é a primeira escola das crianças e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. Uma escola promotora de saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, dos serviços de saúde, dos pais, da própria escola e de parceiros diversos.

Assim, uma Escola Promotora de Saúde (EPS) assenta três vertentes-curriculum, ambiente e interacção escola/família/meio, por isso todas as escolas devem ser promotoras de saúde.

Ao longo do capítulo pretende-se caracterizar a população Infante /Juvenil em idade escolar, as suas necessidades de saúde, vigilância de saúde, bem como a intervenção do enfermeiro no âmbito da Saúde Escolar (promoção de estilos de vida saudáveis) das crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio.

3.1-MÓDULO III

3.1.1-Descrição e Análise dos Objectivos do Módulo III

O Módulo III, decorreu de 23 de Novembro 2009 a 20 de Janeiro de 2010. Este Módulo, estava inicialmente previsto ser realizado no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Alhos Vedros. No entanto, surgiu o convite da Enf.^a Orientadora para que o Módulo III, fosse desenvolvido na UCSP da Torre da Marinha no âmbito da Promoção de Saúde da População Infante/Juvenil do Bairro 1º de Maio.

Deste modo, redefiniram-se os objectivos, assim como as competências e as actividades a desenvolver.

Os objectivos definidos para o Módulo III foram:

- Caracterizar a população Infante/Juvenil residente no Bairro 1º de Maio;

- Identificar o número de crianças/jovens existentes no Bairro, em idade escolar, com insucesso escolar e que realizaram os exames globais de saúde nas idades chave, definidas pelo Programa de Saúde Infantil;
- Identificar e encaminhar necessidades de saúde, da população Infante/Juvenil residente no Bairro 1º de Maio;
- Conhecer os hábitos alimentares da população Infante/Juvenil e promover estilos de vida saudáveis em contexto escolar.

3.2-METODOLOGIA

É na fase metodológica que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta ao problema por ele definido e comprovar ou não as questões levantadas.

Segundo FORTIN (1999, P.41) é na fase metodológica que “*o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas*”.

3.2.1-Tipo de Estudo

É a questão central que precede o domínio em estudo que direcciona a evolução dada à investigação. A investigação foi a caracterização da população infantil residente no Bairro 1º de Maio, e a promoção de hábitos de vida saudáveis nas crianças/jovens, com sessões de educação para a saúde na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira. Contribuindo assim para a promoção da saúde abrangendo o programa da saúde escolar.

Para GIL o estudo descritivo tem: “*como objectivo primordial a descrição das características de determinada população, de fenómenos ou então, o estabelecimento da relação entre as variáveis*” (1994, p.44).

Após tomarmos em consideração a nossa questão inicial, optamos pela realização de um estudo quantitativo que segundo FORTIN trata-se de “*um processo*

sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objectivos, acontecimentos e fenómenos existentes” (1999, p.22).

Relativamente ao tipo de estudo, como já referi anteriormente trata-se de um estudo descritivo simples.

3.2.2-População e Amostra

Uma população é definida por FORTIN, como *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (1999, p.202). É necessário definir-se de forma precisa a população a estudar e, conseqüentemente, os elementos que a constituem. Assim, a população alvo sobre a qual o estudo incidiu, foi constituída por todas as famílias com crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio.

Devido às características do estudo, não foi possível ter-se acesso a toda a população. Das 20 famílias a inquirir, apenas se entrevistou 17. Constituindo estes a nossa população acessível.

Segundo FORTIN *“a população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador”* (1999, p.41).

Para a selecção da amostra estabelece-se os seguintes critérios:

- Pessoas que demonstrem competência cognitiva para responderem aos inquéritos;
- Pessoas maiores de 18 anos residentes no Bairro 1º de Maio, com crianças em idade escolar.

3.2.3-Técnica e Instrumento de Recolha de Dados

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em atenção os objectivos do estudo e o tipo de questões colocadas. Optou-se assim, pela utilização de um inquérito em forma de questionário, que facilita a análise dos dados, permite analisar os conteúdos a abordar e permite a confidencialidade e anonimato (ANEXO VII).

3.2.3.1-Validação do Instrumento de Recolha de Dados

Foi necessário elaborar, um instrumento de colheita de dados, de modo a caracterizarmos a família, o número de crianças/jovens em idade escolar e se as crianças/jovens tem insucesso escolar.

Posteriormente, foi feita a validação do instrumento de colheita de dados com dois peritos sobre o questionário a aplicar.

3.2.3.2-A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Aplicou-se os questionários às famílias com crianças/jovens residentes no Bairro, numa primeira fase na Associação de Moradores do Bairro e posteriormente nas habitações dos moradores. Iniciou-se a aplicação do instrumento de colheita de dados no dia 23 de Novembro de 2009 e com término a 28 de Janeiro de 2010. Durante a sua realização mostrou-se disponibilidade para esclarecer alguma dúvida que o formulário pudesse suscitar.

Segundo as exigências éticas de um trabalho de investigação, durante a implementação do questionário teve-se em atenção os seguintes aspectos:

- Fornecer-se aos inquiridos toda a informação solicitada e necessária, para a posterior aceitação ou não da sua participação;
- Garantir-se anonimato e confidencialidade das informações;
- Informar-se os inquiridos que se poderiam retirar do estudo, se assim o desejassem, sem que daí adviesse qualquer dano, não implicando tal situação prejuízo no seu atendimento.

3.2.4-Tatamentos de Dados

O tratamento de dados realizou-se tendo por base a abordagem quantitativa desta investigação. Assim, antes de proceder-se ao tratamento e análise dos dados enumerou-se os questionários de 1 a 17.

De seguida, elaborou-se uma base de dados recorrendo ao programa Excel da Microsoft, base essa para onde se transcreveu toda a informação obtida nas respostas dos 17 questionários.

Posteriormente, o tratamento dos dados efectuou-se através de uma estratégia de análise estatística, utilizando o programa acima descrito e o Word, também da Microsof.

3.3-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, seguiu-se o tratamento de dados através da estatística descritiva, tendo por base o problema desta investigação. A apresentação dos dados obtidos, realizou-se através de gráficos, associados a texto narrativo, que analisa e os confronta com o enquadramento teórico. Pretende-se desta forma, fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão (ANEXO VII).

3.4-DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTO/JUVENIL RESIDENTE NO BAIRO 1º DE MAIO

As crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio estão inseridas em famílias alargadas aos avós e aos tios, e são maioritariamente do sexo masculino, com idades compreendidas entre 1 e os 16 anos de idade. Apresentam, patologias diversas nomeadamente (cardíaca, dermatológica, osteoarticular, entre outras), tem esquema vacinal actualizado e cumprem as consultas de vigilância de Saúde Infantil com a realização dos Exames Globais de Saúde nas idades pré-estabelecidas.

Na sua maioria, frequentam as escolas do Concelho do Seixal com taxa de insucesso escolar elevada. Constatou-se, que as famílias das crianças/jovens preocupam-se com o insucesso escolar e com a inexistência de áreas de lazer.

Ao longo dos meses de Novembro de 2009 a Janeiro de 2010, foram aplicados questionários a 17 famílias com crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio. Identificou-se 20 crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio. Posteriormente, identificou-se necessidades de saúde e de apoio social, e efectuou-se o encaminhamento para os recursos da comunidade.

3.5-PROMOÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTO/JUVENIL DO BAIRRO 1º DE MAIO

A alteração de estilos de vida da população, tem sido uma das preocupações dos enfermeiros, dos professores, dos nutricionistas...

A alimentação tem sido, ao longo da história, uma constante nas preocupações do homem. Para além de uma necessidade fundamental do ser humano, a alimentação é um dos factores do ambiente que mais afecta a saúde. “Somos o que comemos” é um velho aforismo que traduz bem este facto.

O acto de comer, para além de satisfazer necessidades biológicas e energéticas inerentes ao bom funcionamento do nosso organismo, é fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. No entanto, não basta ter acesso a bens alimentares. É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma e em quantidade adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida.

Muitos dos nossos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida. Por outro lado, uma alimentação saudável durante a infância é essencial para permitir um normal desenvolvimento e crescimento e prevenir uma série de problemas de saúde ligados à alimentação, como sejam a anemia, o atraso de crescimento, a malnutrição, a obesidade, ou a cárie dentária.

Assim, RODRIGUES refere que: *“os bons alicerces de boa saúde na idade adulta implica cuidados na fase pré-natal e na infância, é necessário que as famílias tenham condições para dar o necessário apoio continuado e oportuno às mães e às crianças para esse início de vida saudável”* (2009,p.19)

As crianças/jovens não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são apreendidos através da experiência, da observação e da educação.

O papel da família na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens é portanto inquestionável. Mas, para além da família, da escola e, em especial, o jardim-de-infância assumem uma particular importância, na medida em que podem oferecer um contexto de aprendizagem formal sobre esta e outras matérias, complementando o papel familiar.

A adopção de um estilo de vida saudável constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, colesterol, obesidade, entre outras.

Para que as crianças adquiram hábitos de vida saudáveis, é necessário que os pais, também tenham estilos de vida saudáveis. Constatou-se, quando inquirimos as famílias e mediante dados recolhidos anteriormente, que estas não tinham esses hábitos.

Relativamente, aos hábitos alimentares das crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio, verifica-se que estes não são os mais correctos. Por isso pensa-se em realizar sessões de educação para a saúde na Associação de Moradores para as crianças/jovens e famílias. No entanto devido ao espaço reduzido da sala de reuniões da Associação de Moradores do Bairro 1º de Maio isso não foi possível. Posteriormente, realiza-se as sessões para as crianças/jovens, na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira. Esta Escola é frequentada pelo maior número de crianças/jovens residentes do Bairro.

3.6-ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

No âmbito da Promoção da Saúde da População Infanta/Juvenil no Bairro 1º de Maio realizou-se as seguintes actividades:

Efectuou-se, pesquisa bibliográfica referente: ao conceito de família, saúde familiar, saúde escolar. Esta pesquisa surgiu no contexto da realização do enquadramento teórico do trabalho da Promoção da Saúde da População Infante/Juvenil do Bairro 1º de Maio.

Assim, segundo VIEIRA, *“a família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”*(2007, p.83). A família é a primeira célula de socialização dos indivíduos

porque: é o primeiro ambiente que prepara o homem para a relação com o seu semelhante.

Elaborou-se questionário de aplicação às famílias com crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio, no âmbito da caracterização da população da Infanto/Juvenil em idade escolar, assim como em que contexto familiar estavam inseridas.

Fez-se identificação das necessidades de saúde da população Infanto/Juvenil e procedeu-se á resolução e encaminhamento das mesmas para os recursos da comunidade (consulta de Higiene Oral, Apoio Social e Consulta de Vigilância de Saúde Infantil).

Segundo LANCASTER, estas necessidades de saúde enquadram-se numa perspectiva de prevenção secundária, onde “ *o objectivo é reverter ou reduzir a gravidade da doença ou promover a cura*” (1999, p. 228); e numa perspectiva de prevenção terciária, “ *dirige-se às pessoas com doença clinicamente aparente. O objectivo é melhorar o curso da doença, reduzir a incapacidade ou reabilitar. Os enfermeiros comunitários desempenham muitas vezes um papel determinante na monitorização da adesão e na prestação de serviços que contribuem para recuperar ou melhorar a qualidade de vida de pessoas afectadas por doença*” (1999, p.228).

3.6.1-Sessões de Educação para a Saúde na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira

Realizou-se 4 sessões de formação/educação sobre o tema “Alimentação Saudável na Adolescência”, a duas turmas do 7º ano e duas turmas do 8º ano. Após a realização das sessões, aplicou-se questionários de avaliação da formação aos alunos e distribuiu-se folhetos informativos. Fez-se o tratamento e análise dos dados resultantes do questionário de avaliação aplicados aos alunos, sobre os seus hábitos alimentares, bem como o seu cálculo do Índice de Massa Corporal (ANEXO VII).

Numa das sessões de formação, e após o convite efectuado pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Torre da Marinha, contou-se com a presença da Coordenadora do Gabinete do Projecto Seixal Saudável.

Estas sessões, enquadram-se numa perspectiva de prevenção primária segundo LANCASTER “ *a prevenção primária inclui intervenções que promovem a saúde e previnem que se desenvolva a doença. Estas actividades destinam-se a indivíduos susceptíveis à doença mas que não têm a doença*” (1999, p.228).

3.7-COMPETÊNCIAS

A competência é uma capacidade, uma qualidade, um conhecimento em determinada área...

O desenvolvimento da profissão de enfermagem e, conseqüentemente, do exercício profissional desenrola-se em vários contextos obrigando à mobilização de conhecimentos e competências, sem perder de vista aquilo que é o centro da actuação.

Simultaneamente, os enfermeiros são confrontados no seu dia-a-dia com novas abordagens terapêuticas, novos procedimentos, enfim, com o desenvolvimento do saber e da técnica e com a necessidade de uma actualização permanente de forma a manterem-se capazes de prestar cuidados de excelência. Segundo MARTINS, “*esta preocupação com a actualização é inerente ao desenvolvimento da profissão se bem que o aperfeiçoamento profissional, mais do que mera actualização de conhecimentos, com que se cumpre o dever de zelo, é o caminho da construção de competências*” (2004, p.229).

As competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados. Assim, para COLLIÈRE “*a aquisição de competência profissional requer, pois o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência*”(1999, p.245).

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros estipula que: “*o título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade e é atribuído aos profissionais que, já detentores do título de enfermeiro, possuam uma das seguintes habilitações: [...] c) cursos de pós-graduação que, nos termos do diploma de instituição, confirmam competência para a prestação de cuidados especializados*” (Anexo ao Decreto-lei 104/98 de 21 de abril, artigo 7º, 2º).

3.8-COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Seguidamente, são descritas as competências adquiridas e desenvolvidas no decorrer dos 3 módulos.

As competências adquiridas e desenvolvidas no Módulo I foram: Avalia as necessidades do indivíduo/família e/ou grupo; Conhece e caracteriza sócio-demograficamente o Bairro 1º de Maio, após visita inicial na Unidade Móvel; Estabelece diagnósticos de enfermagem ao indivíduo, família e/ou grupo/agregado familiar; Planeia cuidados de enfermagem durante a realização do inquérito à população; Implementa intervenções de enfermagem, junto das crianças, idosos e mulheres em idade fértil; Promove a acessibilidade e continuidade dos cuidados; Articula o seu conhecimento e experiência profissional com o contexto e situação em estudo e desenvolve o seu auto conhecimento nesta confrontação; Demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciona-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

As competências adquiridas e desenvolvidas no Módulo II referem-se essencialmente à implementação do projecto, e com base no trabalho desenvolvido na resolução e encaminhamento das prioridades de intervenção identificadas pela população do Bairro 1º de Maio. Assim as competências adquiridas e desenvolvidas foram: Identifica se os utentes estão inscritos no Centro de Saúde e se lhes estão atribuídos médicos/enfermeiros de família; Avalia as necessidades da população (ex: obras, parque infantil, ruas, saneamento básico,); Estabelece diagnósticos de enfermagem ao indivíduo, família e ou grupo populacional; Implementa intervenções de enfermagem ao indivíduo, família e/ou grupo na comunidade; Desenvolve actividades de modo a sensibilizar as mulheres para as consultas de planeamento familiar, (marcação de consultas de planeamento familiar); Identifica situações de incumprimento do Plano Nacional de Vacinação, nas crianças e adultos do Bairro e promove melhoria da cobertura vacinal (verificando os boletins, vacinando as pessoas na Unidade Móvel); Potencializa e envolve os recursos da comunidade (Centro de Saúde, Bairro 1º de Maio, Unidade Móvel, Enfermeiros, Médicos, a Câmara do Seixal,

a Associação de Moradores, etc...); Avalia o seu conhecimento e experiência profissional com o contexto e situações em estudo e desenvolve o seu-auto conhecimento nesta confrontação; Planea com base nos princípios do *Empowerment*, intervenções que permitam desenvolver conhecimentos e capacidades da população na mobilização dos seus recursos pessoais, familiares e comunitários para a promoção da saúde e prevenção da doença; Colabora no processo de integração de novos profissionais;

Relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas no Módulo III foram as seguintes: Avalia as necessidades de saúde da criança/jovem/família durante o estágio; Estabelece diagnósticos de enfermagem á criança/jovem/família; Planeia cuidados de enfermagem durante a realização do inquérito á família da criança; Promove a acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde (verifica se existem crianças em situações de risco, crianças com necessidades educativas especiais) que possam ser resolvidas com a ajuda de outros recursos da comunidade; Articula o seu conhecimento e experiência profissional com o contexto e situação em estudo e desenvolve o seu auto conhecimento nesta confrontação; Avalia as necessidades das crianças (ex: escola, bairro, áreas de lazer,...); Identifica situações de incumprimento do Plano Nacional de Vacinação, nas crianças e promove melhoria da cobertura vacinal (verificando os boletins de vacinas); Potencializa e envolve os recursos da comunidade (UCSP-Torre da Marinha, Bairro 1º de Maio, Enfermeiros, Médicos, Câmara Municipal do Seixal, Associação de Moradores, Escolas, etc...); Promove sessões de educação para a saúde em contexto escolar.

4-CONCLUSÕES GERAIS

Chegar ao fim de um trabalho é uma recompensa pelo esforço que lhe foi dedicado.

Este relatório teve como finalidade descrever o trabalho realizado nos três Módulos de Estágio efectuados na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

Relativamente ao Módulo I o trabalho efectuado consistiu na realização do Diagnóstico de Situação da população residente no Bairro 1º de Maio, na Arrentela.

Resultantes do Diagnóstico de Situação identificaram-se necessidades de intervenção prioritárias para a população.

No Módulo II o trabalho realizado foi a implementação e o encaminhamento das prioridades identificadas para recursos da Comunidade.

O Módulo III englobou o estudo da População Infante/Juvenil em idade escolar residente no Bairro. Neste Módulo, identificaram-se necessidades de saúde das crianças/jovens, encaminhando-as posteriormente para os recursos existentes na Comunidade. Promoveu-se também intervenção no âmbito da Saúde Escolar (promoção de estilos de vida saudáveis), com realização de Sessões Educativas numa Escola do Concelho do Seixal.

Com o trabalho realizado adquiriram-se e desenvolveram-se competências na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

No entanto, a aquisição de competências por parte dos enfermeiros não resulta apenas do aumento do conhecimento, este tem que ser aplicado e demonstrado através de experimentação e de treino, sem esquecer as vertentes pessoal, social, teórica e prática.

Assim, as intervenções de enfermagem próprias da área da Saúde Comunitária visam sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com cuidados de saúde primários (hábitos alimentares, de higiene, vacinação, etc.). Desenvolveram-se actividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local (que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida das populações).

Segundo LANCASTER “*os papéis do enfermeiro comunitário são muito variados e são um desafio*” (1999, p.4).

Com este trabalho pretendeu-se identificar, resolver e implementar medidas de intervenção na Comunidade e em Comunidade capacitando a mesma na resolução dos seus próprios problemas.

Conclui-se que este trabalho contribuiu também para um aumento de conhecimentos quer a nível da metodologia de investigação, quer na área dos temas em estudo.

Em jeito de conclusão, muito há a fazer ainda junto da população do Bairro 1º de Maio. Assim, a intervenção comunitária no Bairro não acaba aqui...

5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agricultura e Espaços Rurais no Concelho do Seixal - Câmara Municipal do Seixal-
Ecomuseu Municipal, 1992

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de - **Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**, 9ª ed.-
Lisboa: UCP, 2008.-180p.

BASTO, Marta L. [et al.] (2000) – Contributo para a promoção da saúde da população.
Lisboa: Ministério da Saúde. Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de
Enfermagem Maria Fernanda Resende

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70, Agosto 2008. 281 p.
ISBN: 978-972-44-1506-2

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. 385p. ISBN
972-757-109-3

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro - **Metodologia da Investigação:
Guia para a Auto- aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353 p. ISBN
972-674-231-5

COSTA, Maria Armanda; **Cuidar Idosos**-Formação, Práticas e Competências dos
Enfermeiros. 2ª ed. Coimbra 2006. Formasau

DECRETO-LEI nº 104/98. **D.R. I Série – A 93** (21-04-1998) 1739

DECRETO-LEI nº 437/91. **D.R. I Série – A 257** (8-11-1991) 5737

DUQUE, V. (2002) – Síndrome de imunodeficiência adquirida: perspectiva epidemiológica. Coimbra. Minerva

ESPINEY, Luísa d' – Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. **Revista de Ciências da Educação**. Lisboa. ISSN 1646-4990. nº 6: Ano 2008 (Maio/Ago), 7-20

FORTIN, Marie-Fabienne- **O Processo de Investigação**. Loures: Ed. Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10

GOMES-Pedro JC; Pina AC; Correia EV; Santos JLC; Magro MM. **Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar**. Relatório do grupo de trabalho Interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). Lisboa 1990

GÓMEZ, José; FREITAS, Orlando; CALLEJAS, Jermán. Educação e Desenvolvimento Comunitário Local – Perspectivas Pedagógicas e Sociais da Sustentabilidade. Porto: Profedições, 2007. 358 p. ISBN 978-972-8562-44-1

HANSON, Shirley; - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**- Teoria, Prática e Investigação, Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-83-5

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário-**Metodologia do Planeamento da Saúde**. Lisboa:Escola Nacional de Saúde Pública. 2ª edição, 1986. 150p.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade- **Técnicas de Pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p. ISBN 85-224-8601-4

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade- **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994. 235 p. ISBN 85-224-0714-2

LANCASTER, Jeanette- História da Saúde e Enfermagem Comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette- **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**, Lisboa : Lusociência, 1999. Cap.1. p.3-19. ISBN 972-8383-05-3

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Julho de 2004

Ministério da Saúde (2004) - Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Mais saúde para todos. Lisboa. DGS

NEVES, Maria; PACHECO, Susana – **Para uma Ética da Enfermagem**, Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.p.229

OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999

OMS (2000) – Saúde 21: Saúde para todos no séc. XXI; Trad. de Sofia Abecassis, Loures: Luso Ciência

PERDIGÃO, António C. – **A ética do cuidado na intervenção comunitária e social: Os pressupostos filosóficos** – análise psicológica (2003), 4 (XXI): 485-497

PEREIRA, João- **O Tejo e a Margem Sul na Poesia Portuguesa**- Câmara Municipal do Seixal, 1993

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**, Lisboa: Lusociência, 2005, p.5

POLLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P.- **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. ISBN 85-7307-101

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van-**Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª edição. Lisboa: Ed. Gradiva, Janeiro 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1

ROCHON, Alain – Educación para la salud: Manon.SA, (1990)

RODRIGUES, M; PEREIRA, A; BARROSO, T – Educação para a Saúde. 2009

RUSSEL, Nancy (1996) – Manual de educação para a saúde. Lisboa. DGS

SAINT-EXUPÉRY, Antoine – **O Príncipezinho**. 12ª edição. Lisboa: Ed. Caravela, 1987

SOCZKA, L- Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos. **Psicologia**. VI: 2 (1988), 253-255

VIEIRA, Margarida;-**Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência**-2ª edição.Lisboa 2008.Universidade Católica Portuguesa ISBN 978-972-54-0195-8

Endereços Electrónicos:

<http://alea-estp.ine.pt/htm/actual/html/act 27. html>

<http://atelier.hannover2000.mct.pt/~pr514/escolas.htm>

<http://cinema.sapo.pt/filme/as-operações-saal/detalhes>

<http://www.aidscongress.net/article.php?id-comunicacao=51>

http://www.cmseixal.pt/CMSEIXAL/URBANISMO/PDM/Navegacao_Secundaria/ESTATISTICAS/

http://www.cm-seixal.pt/NR/rdonlyres/A2F60986-C409-4E5A-9589-D5F94DA93687/4902/sbm_517.pdf

[http://www.cm-seixal.pt/NR/rdonlyres/A6810E\(8-7713-4FCF-B3E8-239E1000B115/3673/sbm-502.pdf](http://www.cm-seixal.pt/NR/rdonlyres/A6810E(8-7713-4FCF-B3E8-239E1000B115/3673/sbm-502.pdf)

<http://www.minadosaber.com/ciencia.htm>

<http://www.minadosaber.com/entrada.htm>

<http://www.minsaude.pt/portal/conteudos/a+saude+eu+portugal/ministerio/comunic...>

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/file/sedeforum/cuidadossau deprimarios/5/5.pdf>

<http://www.portaldasaude.pt/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doenc...>

<http://www.redecidadessaudaveis.com>

<http://www.scribd.com/doc/14494444/livro-de-educacao-para-a-saude-rodrigues-ma#about>

ANEXOS

ANEXO I – Apresentação e Análise dos Dados Quantitativos

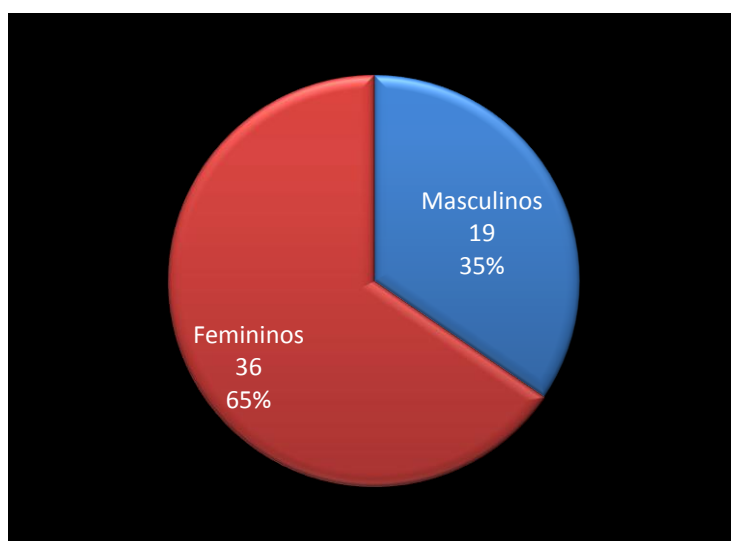
ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, seguiu-se o tratamento de dados através da estatística descritiva, tendo por base o problema desta investigação. A apresentação dos dados obtidos, será realizada através de gráficos, associados a texto narrativo, que analisa e os confronta com o enquadramento teórico. Pretendemos desta forma, fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão.

- Responderam ao questionário 55 pessoas, todas elas residentes no Bairro 1º de Maio.

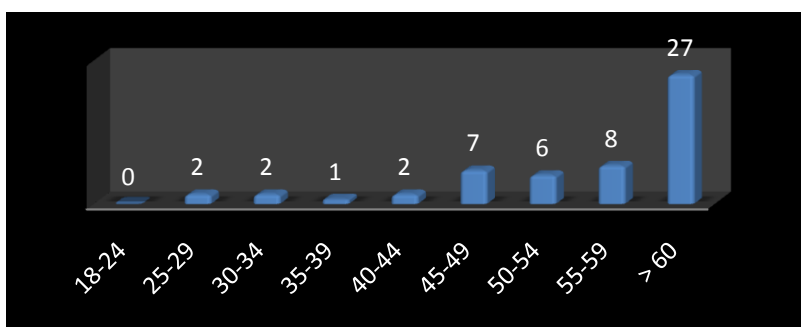
Pela análise do gráfico 2, constatámos que das 55 pessoas inquiridas, 65% (36) são do sexo feminino e 35% (19) do masculino. No nosso país, segundo os censos de 2001, residirem em Portugal 10 355 824 indivíduos, dos quais 4 999 964 eram homens e 5 355 860 eram mulheres.

Gráfico 2 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo o **género**



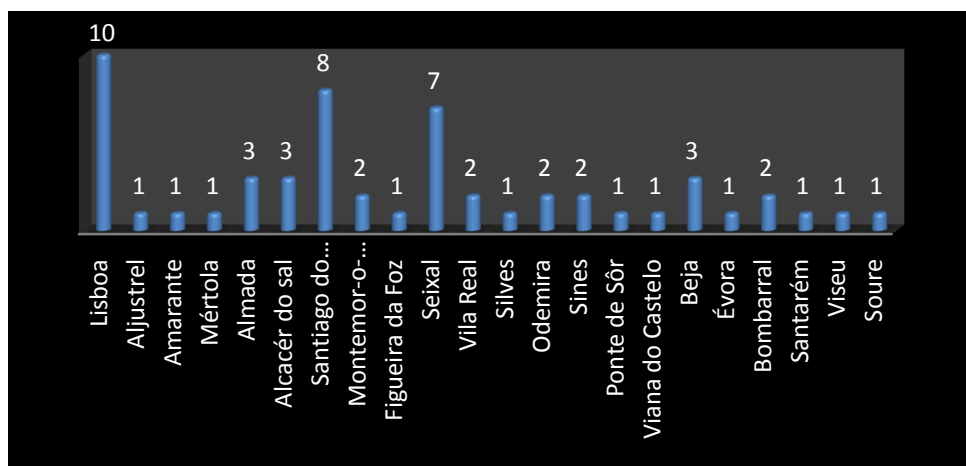
Relativamente ao gráfico 3, verificámos que 49% (27) das 55 pessoas inquiridas têm mais 60 anos de idade. Demonstrando que a população residente no bairro é maioritariamente envelhecida. A justificação para tal facto tem a ver com o forte envelhecimento da população, constituindo um dos aspectos mais marcantes da evolução demográfica recente. Segundo os Censos de 2001, a proporção de idosos com mais de 65 anos recenseados ultrapassou pela primeira vez a dos jovens – menores de 14 anos.

Gráfico 3 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **idade**



Atendendo ao gráfico 4, verificámos que 18% (10) dos habitantes inquiridos são naturais de Lisboa, seguindo-se 15% (8) naturais de Santiago do Cacém, e posteriormente 13% (7) naturais do Município do Seixal. Estes dados permitiram-nos concluir que 36% (20) habitantes inquiridos são oriundos da Área Metropolitana de Lisboa.

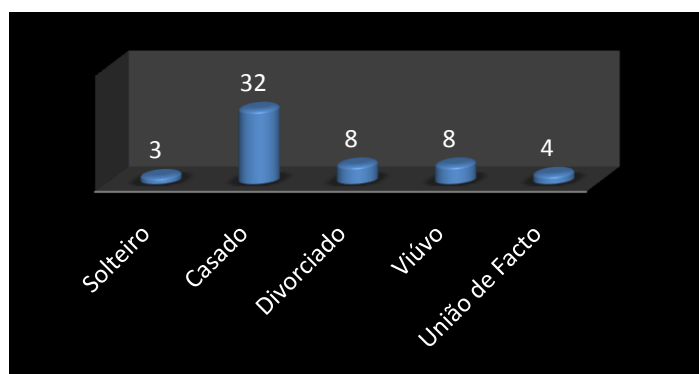
Gráfico 4 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **naturalidade**



- Dos 55 habitantes inquiridos, todos são de nacionalidade **Portuguesa**.

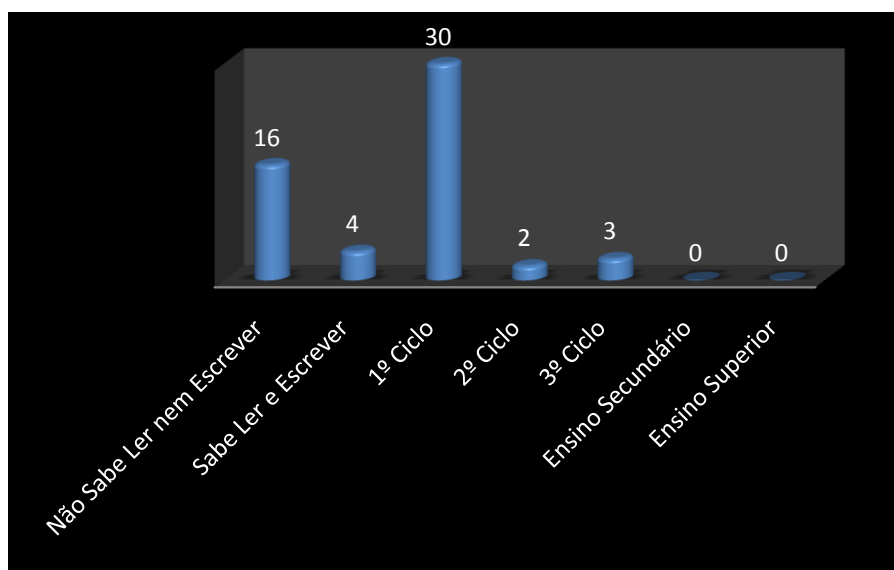
Na observação do gráfico 5, verificámos que 58% (32) habitantes inquiridos são casados. Ou seja, é o estado civil que engloba o maior número de pessoas. Da análise da variável estado civil, constatámos que a população residente em Portugal em 2001, revela que cerca de 49,7% da população Portuguesa encontrava-se casada com registo.

Gráfico 5 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo o **estado civil**



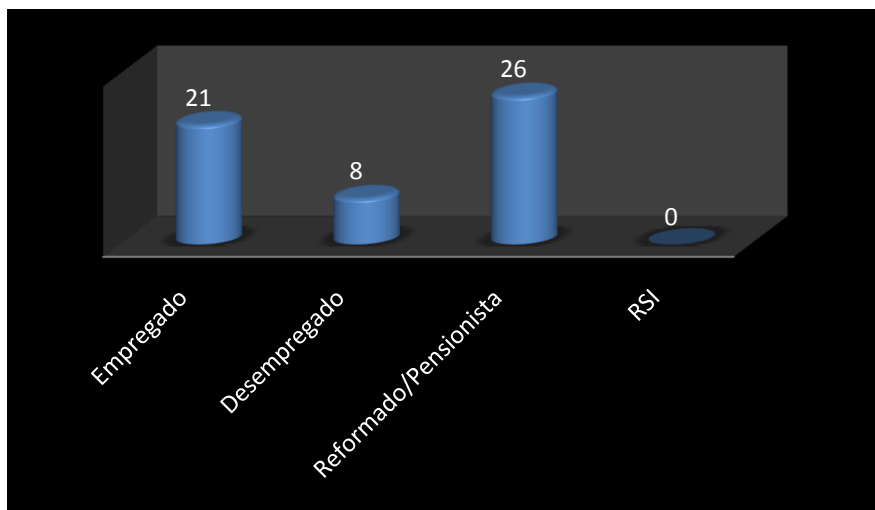
Relativamente ao gráfico 6, constatámos que 100% (55) das pessoas inquiridas, 55% (30) têm como habilitações literárias o 1º Ciclo, logo seguidas de 29% (16) que são analfabetas.

Gráfico 6 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo as **habilitações literárias**



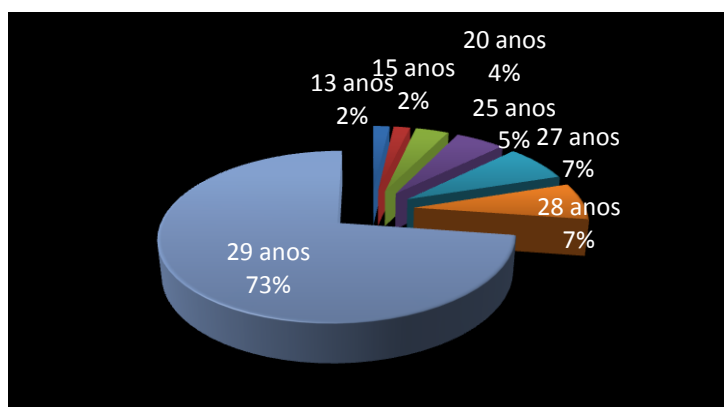
Pela observação do gráfico 7, verificámos que 100% (55) das pessoas inquiridas, 47% (26) são reformadas ou pensionistas, seguidas de 38% (21) que estão empregadas. Constatámos ainda, que dos habitantes inquiridos no Bairro, nenhum recebe o RSI (Rendimento Social de Inserção).

Gráfico 7 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **situação laboral**



Relativamente ao gráfico 8, verificámos que 100% (55) dos inquiridos, 73% (40) residem no Bairro há mais de 29 anos, ou seja desde a data da sua construção.

Gráfico 8 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo os anos de **residência no bairro**



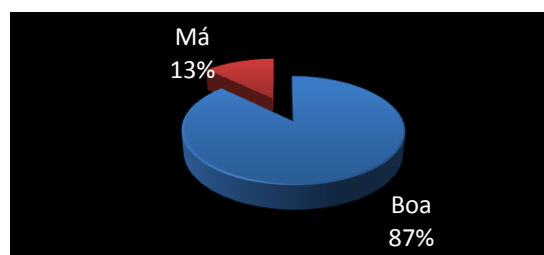
Relativamente ao gráfico 9, verificámos que a totalidade 100% (55) dos inquiridos possuem água e electricidade nas suas habitações.

Gráfico 9 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo o **fornecimento de água e electricidade**



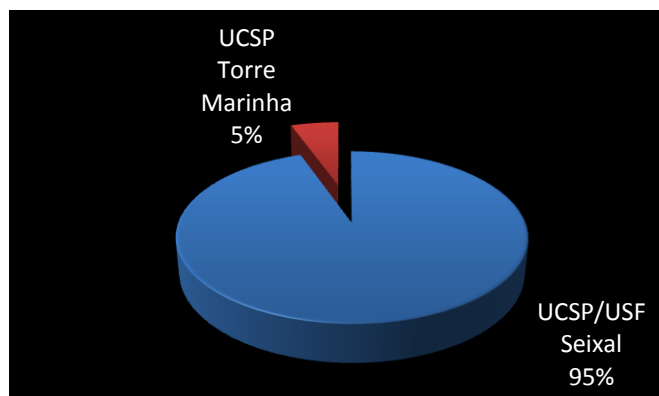
Ao analisar o gráfico 10, verificámos que 87% (48) dos inquiridos considera que a sua casa está em bom estado de conservação.

Gráfico 10– Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a forma como consideram o **estado de conservação da sua habitação**



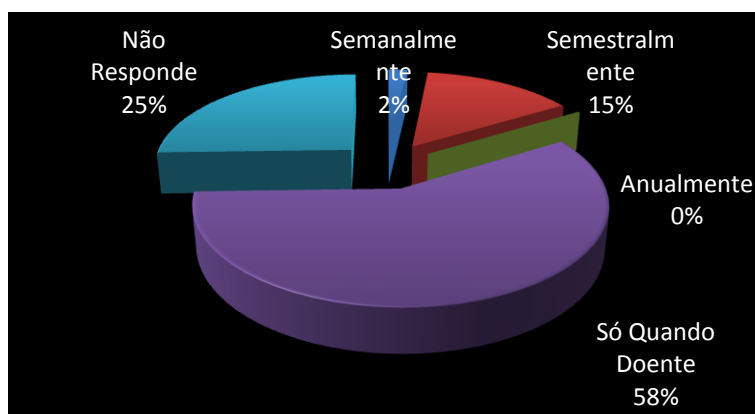
Pela análise do gráfico 11, verificámos que 95% (52) dos inquiridos estão inscritos na UCSP/USF do Seixal e 5% (3) na UCSP da Torre da Marinha.

Gráfico 11 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a sua **inscrição na UCSP/USF do Seixal/UCSP Torre da Marinha**



Considerando o gráfico 12, verificámos que a maioria dos habitantes inquiridos, só recorrem ao médico quando estão doentes, o que corresponde a uma percentagem de 58% (32).

Gráfico 12 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **frequência de ida ao médico**



Atendendo ao gráfico 13, constatámos que 22% (12) dos inquiridos costuma consultar os enfermeiros no Centro de Saúde, o que corresponde a menos de um quarto da população.

Gráfico 13– Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde**



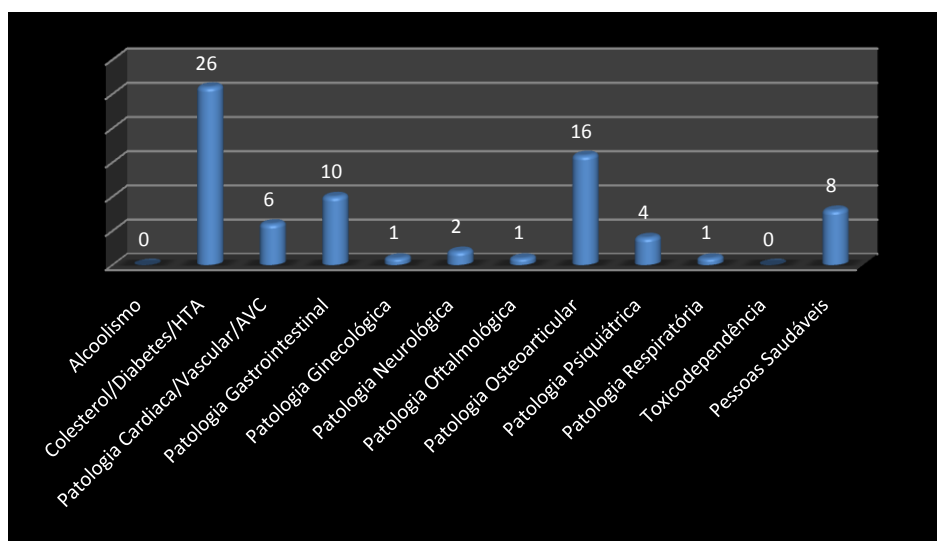
Relativamente ao gráfico 14, verificámos que 34% (19) dos inquiridos possuem boletim de vacinas actualizado e os restantes 66% (36) ou não têm ou não respondem à questão.

Gráfico 14 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **actualização do boletim de vacinas**



A partir do gráfico 15, verificámos que 100% (55) das pessoas inquiridas, 35% (26) têm colesterol/diabetes/HTA(hipertensão arterial), seguidas de 21% (16) com patologia osteoarticular e 14% (10) apresentam patologia gastrointestinal.

Gráfico 15 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **sua patologia**

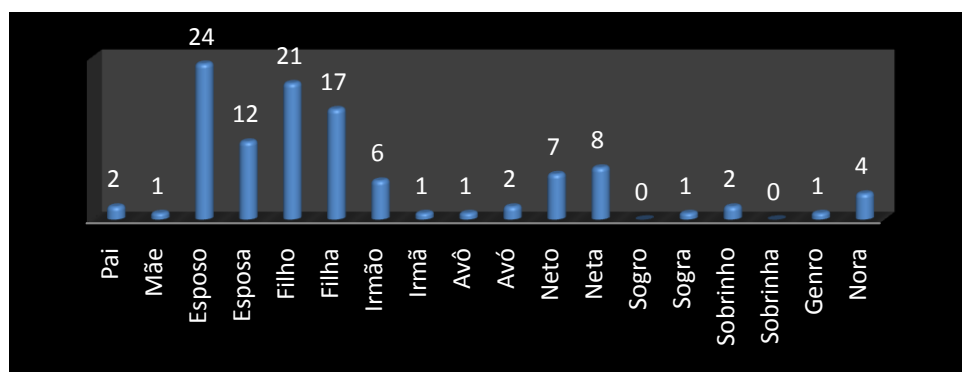


Relativamente à caracterização do **agregado familiar** este é composto por 110 pessoas (grande total), mais as 55 inquiridas (total parcelar), contabilizando assim 165 pessoas que constituem a população total abordada neste estudo.

Relativamente aos gráficos seguintes analisámos os agregados familiares, ou seja as 110 pessoas que os constituem (excluindo sempre os 55 inquiridos).

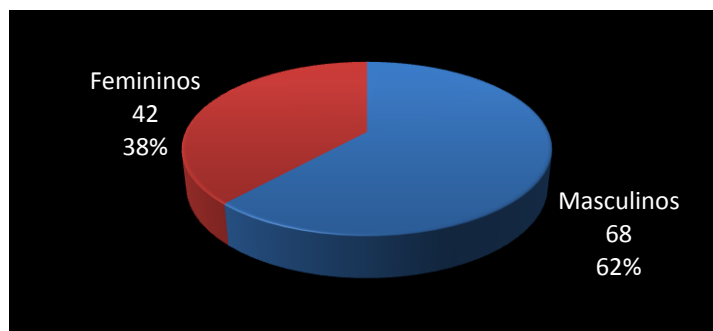
Pelo gráfico 16, verificámos que as famílias do Bairro 1º de Maio são sobretudo nucleares, constituídas por esposos, esposas e filhos 67% (74).

Gráfico 16 – Caracterização do **agregado familiar/relação de parentesco com o inquirido**



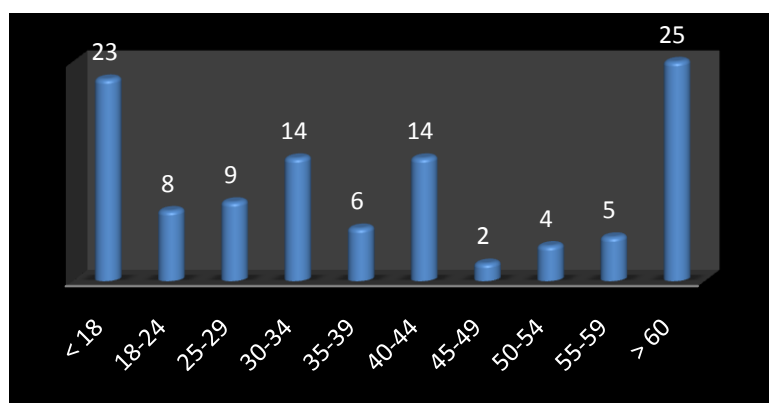
Relativamente ao gráfico 17, verificámos que a constituição do agregado familiar é maioritariamente do sexo masculino, correspondendo a 62% (68).

Gráfico 17 – Caracterização do **agregado familiar** segundo o **género**



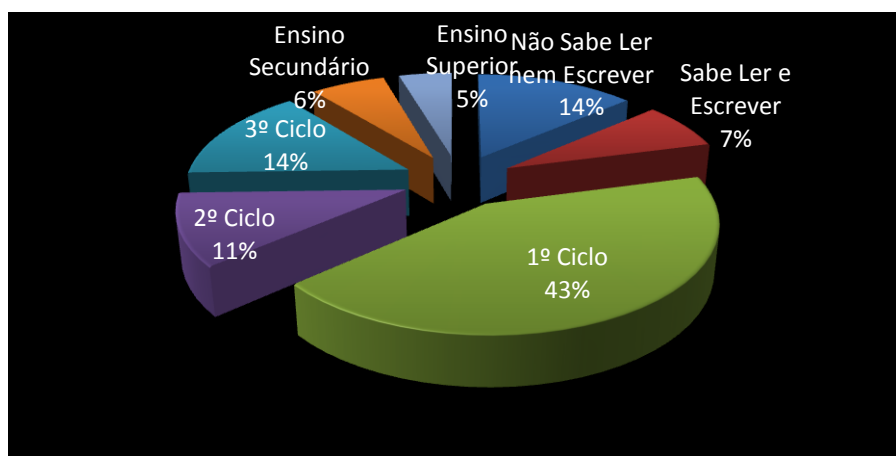
Atendendo ao gráfico 18, verificámos que das 110 pessoas que constituem os vários agregados familiares, constatámos que são predominantes os grupos menores de 18 anos de idade, que correspondem a 21% (23) e os maiores de 60 anos a 23% (25).

Gráfico 18 – Caracterização do **agregado familiar** segundo a **idade**



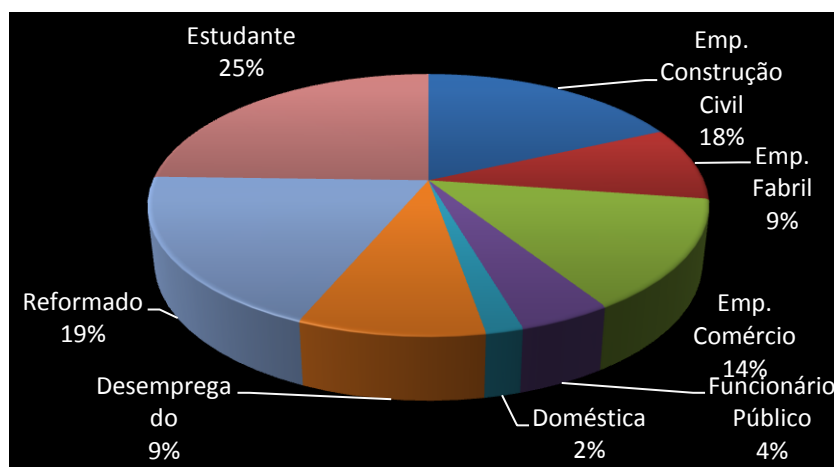
Considerando o gráfico 19, verificámos que das 110 pessoas que constituem os vários agregados familiares, destacou-se como grau de escolaridade predominante o 1º Ciclo com 43% (47) das pessoas, no entanto encontramos cerca de 14% (15) das pessoas que não sabem ler nem escrever em igual número com os que possuem o 3º Ciclo. Verificámos também que nos agregados familiares existem 5% (5) das pessoas que são detentoras de Cursos Superiores.

Gráfico 19 – Caracterização dos **agregados familiares** segundo a **escolaridade**



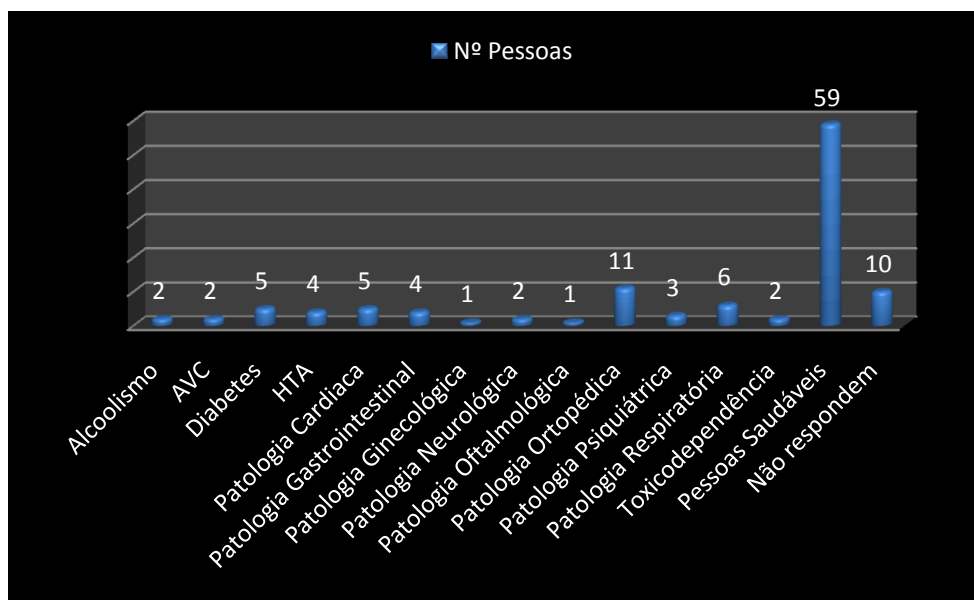
Pela análise do gráfico 20, verificámos que das 110 pessoas que constituem o agregado familiar, um quarto da população, 25% (27) é estudante. Analisámos também que o agregado familiar é composto por 19% (21) de pessoas reformados e que a população activa trabalha predominantemente na construção civil, contabilizando 18% (20).

Gráfico 20– Caracterização dos **agregados familiares** segundo a **profissão**



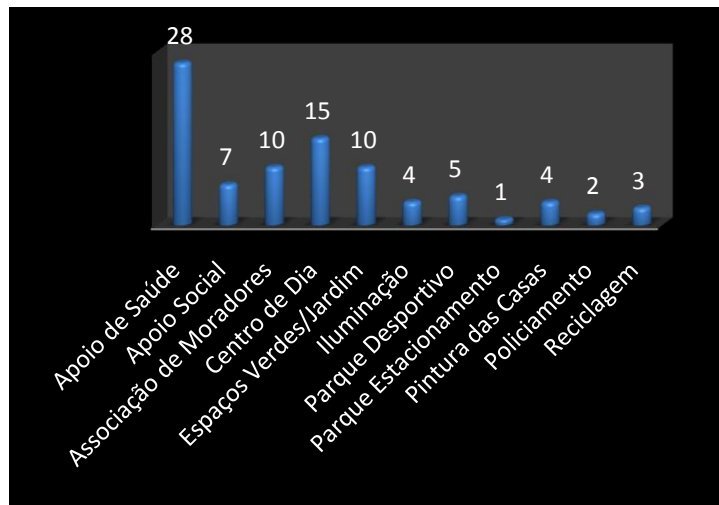
A partir do gráfico 21, constatámos que das 110 pessoas que constituem os agregados familiares, 50% (59) consideram-se saudáveis, 9% (10) não responderam à questão e 4% (4) pessoas tem comportamentos aditos.

Gráfico 21 – Distribuição dos habitantes dos **agregados familiares** segundo as **patologias existentes**



De acordo com o gráfico 22, foram identificadas 11 prioridades de intervenção pelos 55 residentes inquiridos. Constatámos que 31% (28) inquiridos entendem como sendo prioritário o apoio de saúde, seguindo-se 17% (15) que definem como prioridade a construção de um Centro de Dia. Fazem referência à Associação de Moradores 11% (10) inquiridos, sendo o mesmo número a referir que os Espaços Verdes/Jardins são uma infra-estrutura prioritária. Salientamos o facto dos 55 inquiridos fazerem referência a mais do que uma infra-estrutura prioritária pelo que não temos igual número de infra-estruturas prioritárias, mas a referência a 89.

Gráfico 22– Prioridades de intervenção no Bairro 1º de Maio



Em resumo:

● População Inquirida: (55 pessoas)

- 100% (55) da população inquirida é de Nacionalidade Portuguesa;
- 65% (36) da população inquirida é do sexo feminino;
- 49% (27) das pessoas tem mais de 60 anos;
- 36% (20) das pessoas são naturais da Área Metropolitana de Lisboa;
- 58% (32) das pessoas são casadas;
- 55% (30) das pessoas possuem o 1º ciclo e 29% (16) não sabem ler nem escrever;
- 47% (26) das pessoas são reformadas/pensionistas, 38% (21) empregadas e 15% (8) desempregadas;
- 73% (40) dos inquiridos residem à 29 anos no Bairro 1º de Maio;
- 100% (55) da população inquirida tem água e luz;
- 87% (48) da população inquirida considera a sua habitação com bom estado de conservação;
- 95% (52) da população inquirida está inscrita nas 2 USF e na UCSP do Seixal e 5% (3) está inscrita na UCSP da Torre da Marinha;
- 58% (32) da população inquirida vai ao médico quando está doente;

- 22% (12) da população inquirida consulta os enfermeiros nos centros de saúde;
- 34% (19) da população inquirida tem boletim de vacinas actualizado;
- 35% (26) pessoas inquiridas têm colesterol/diabetes/HTA, 21% (16) patologia osteoarticular e 14% (10) patologia gastrointestinal.

● População dos Agregados Familiares: (110 pessoas)

- 62% (68) das pessoas do agregado familiar são do sexo masculino;
- 23% (25) pessoas do agregado familiar tem mais de 60 anos e 21% (23) menos de 18 anos;
- 43% (47) das pessoas do agregado familiar possuem o 1º ciclo e 5% (5) o ensino superior;
- 25% (27) da população do agregado familiar é estudante, 19% (21) está reformada e 9% (10) desempregada;
- 50% (59) pessoas consideram-se saudáveis, 9% (10) não respondem e 4% (4) tem comportamentos aditos.

ANEXO II – Apresentação e Análise dos Dados Qualitativos

ANÁLISE QUALITATIVA SEGUNDO BARDIN

Considerando que seria importante, analisar de forma mais específica a opinião dos 55 inquiridos, quanto ao estado de conservação das suas habitações, segundo o que entendiam por saúde, segundo os seus próprios problema de saúde e relativamente a outros aspectos que não tinham sido referenciados ao longo do questionário, obtiveram-se respostas abertas que foram analisadas qualitativamente através da análise de conteúdo.

Seguidamente são descritas as respostas obtidas em cada um dos questionários, em relação a cada uma das temáticas anteriormente referidas.

Obtiveram-se respostas reportando-se à boa conservação da habitação:

“Tenho boa conservação da habitação” (Q1; Q7; Q15; Q21; Q24; Q29; Q33; Q37; Q45)

“Boa conservação” (Q2; Q9; Q11; Q13; Q17; Q19; Q23; Q27; Q30; Q32; Q38; Q40; Q43; Q47; Q48)

“Boa” (Q3; Q4; Q6; Q8; Q12; Q14; Q18; Q20; Q26; Q31; Q34; Q41; Q44; Q46; Q51)

“Boa conservação da casa” (Q5)

“Tenho boa conservação da casa” (Q10; Q22; Q28; Q39; Q49)

“Tenho boa conservação” (Q35; Q42; Q54)

Algumas respostas, davam a conhecer a má conservação das habitações:

“Tenho má conservação da habitação” (Q16)

“Má” (Q25; Q55)

“Má conservação” (Q36)

“Tenho má conservação da casa” (Q50)

“Má conservação da casa” (Q52)

“Tenho má conservação da habitação” (Q53)

Quanto à pergunta, *O que entende por saúde?*, obtiveram-se as seguintes respostas:

“É não estar doente. Sentir-se bem” (Q2)

“É estar bem, não estar doente” (Q4)

“É estar bem...” (Q38)

“Não ter doenças” (Q12; Q21; Q34; Q36)

“Saúde bem” (Q.20)

Apartir da pergunta que visava conhecer os próprios problemas de saúde dos inquiridos, obtiveram-se as respostas seguintes que foram agrupadas por grupos de patologias.

Patologia Gastrointestinal

“Tenho um problema de estômago...” (Q1)

“Tenho doença de crohn...” (Q7; 26)

“Tenho problemas no fígado” (Q15; Q20)

“Tenho...úlceras duodeno...” (Q18)

“Problemas...de estômago” (Q28)

“Tenho problemas de fígado...e gastrointestinais” (Q30)

“Tenho úlcera...” (Q34)

“Tenho úlcera duodenal” (Q49)

Patologia Neurológica

“Tenho problema...de epilepsia...” (Q1)

“Tenho problemas neurológicos” (Q50)

HTA / Diabetes / Colesterol

“Tenho tensão alta...” (Q2; Q22)

“Tenho diabetes” (Q5)

“Tenho...hipertensão e diabetes” (Q6; Q44)

“Tenho...hipertensão...” (Q11; Q32)

“Tenho diabetes e hipertensão” (Q12)

“Tenho diabetes, hipertensão...” (Q13)

“...sou diabética e hipertensa” (Q16)

“Tenho hipertensão...” (Q18)

“Tenho diabetes, colesterol e hipertensão” (Q19)

“Sou diabética e hipertensa” (Q21)

“...tenho hipertensão” (Q29)

“Tenho...colesterol, hipertensão...” (Q30)

“Tenho hipertensão” (Q31)

“Tenho...hipertensão” (Q34; Q43; Q47)

“Tenho diabetes, hipertensão...” (Q35)

“Sou diabético” (Q38)

“Tenho...hipertensão” (Q40)

“Tenho diabetes tipo II e hipertensão” (Q42)

“Tenho hipertensão” (Q45)

“Sou...hipertensa” (Q51)

“Tenho...tensão alta e diabetes” (Q52)

Patologia Osteoarticular

“Tenho...problemas nos ossos...” (Q2)

“Tenho problemas nos ossos (osteoporose)” (Q6)

“Tenho reumático” (Q8)

“Tenho tendinites” (Q9)

“Tenho dores lombares” (Q10)

“Tenho dores articulares...” (Q11)

“Tenho artroses” (Q24)

“...tenho problemas nas articulações” (Q25)

“Tenho problemas reumáticos e osteoporose” (Q27)

“Problemas da coluna...” (Q28)

“Tenho doenças nos ossos...” (Q32)

“Tenho doenças reumáticas...” (Q43; Q44)

“Tenho problemas nos ossos...” (Q47; Q52)

“Tenho 2 hérnias cervicais e osteoporose” (Q53)

Patologia cardíaca / vascular / AVC

“Tenho...má circulação” (Q2)

“...tive 1 AVC...” (Q13)

“Já tive 3 AVC...” (Q16)

“Tenho problemas cardíacos” (Q17)

“Tenho doenças...de coração” (Q32)

“...tive 1 AVC” (Q35)

Patologia Ginecológica

“Tenho...nódulo na mama” (Q18)

Patologia Psiquiátrica

“...ando na psiquiatria...” (Q25)

“Tenho depressão...” (Q29; Q33)

“Tenho uma depressão...” (Q40)

Patologia Respiratória

“Sou asmática...” (Q51)

Patologia Oftalmológica

“Tenho diminuição da acuidade visual” (Q54)

Nas respostas analisadas, em relação aos 55 inquiridos, 8 pessoas consideram-se saudáveis.

“Sou saudável” (Q23; Q36; Q37; Q39; Q41; Q46; Q48; Q55)

Relativamente à questão, existe algum aspecto que não foi referenciado ao longo do questionário, obtiveram-se quatro respostas.

“Precisava de alguém que pagasse a medicação do meu pai, que é cara” (Q1)

“Que limpassem o jardim e arranjassem as mesas do parque infantil” (Q20)

“Era importante o delegado de saúde, por causa dos cães” (Q21)

“Precisava de tratar os dentes” (Q36)

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

QUESTIONÁRIOS

ÁREA 1 – HABITABILIDADE

CATEGORIA 1A – Como considera o estado de Conservação da sua Habitação

SUB-CATEGORIA

→ 1A1 – Boa conservação da habitação

→ 1A2 – Má conservação da habitação

ÁREA 2 – CONCEITO DE SAÚDE

CATEGORIA 2A – O que entende por Saúde

SUB-CATEGORIA

→ 2A1 – Não estar doente / sentir-se bem

→ 2A2 – Não ter doenças

→ 2A3 – Saúde bem

ÁREA 3 – PATOLOGIAS

CATEGORIA 3A – Possui algum problema de Saúde

SUB-CATEGORIA

- 3A1 – Patologia Gastrointestinal
- 3A2 – Patologia Neurológica
- 3A3 – Hipertensão / Diabetes / Colesterol
- 3A4 – Patologia Osteoarticular
- 3A5 – Patologia Cardíaca / Vascular / AVC
- 3A6 – Patologia Ginecológica
- 3A7 – Patologia Psiquiátrica
- 3A8 – Patologia Respiratória
- 3A9 – Patologia Oftalmológica
- 3A10 – Consideram-se Saudáveis

ÁREA 4 – IMPORTÂNCIA DESTE PROJECTO

CATEGORIA 4A – Existe algum aspecto, que não foi referenciado ao longo do questionário

SUB-CATEGORIA

- 4A1 – Precisa de alguém que pague a medicação
- 4A2 – Limpeza do jardim / mesas do parque infantil
- 4A3 – Delegado de Saúde
- 4A4 – Dentista

GRELHAS DE ANÁLISE DAS QUESTÕES ABERTAS

ÁREA 1 – HABITABILIDADE

CATEGORIA		1A - COMO CONSIDERA O ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA SUA HABITAÇÃO
Sub-Categoria		1A1 – Boa conservação da habitação
Questionário	1	Tenho boa conservação da habitação
	2	Boa conservação
	3	Boa
	4	Boa
	5	Boa conservação da casa
	6	Boa
	7	Tenho boa conservação da habitação
	8	Boa
	9	Boa conservação
	10	Tenho boa conservação da casa
	11	Boa conservação
	12	Boa
	13	Boa conservação
	14	Boa
	15	Tenho boa conservação da habitação
	17	Boa conservação
	18	Boa
	19	Boa conservação
	20	Boa
	21	Tenho boa conservação da habitação
	22	Tenho boa conservação da casa
	23	Boa conservação
	24	Tenho boa conservação da habitação
	26	Boa
	27	Boa conservação

	28	Tenho boa conservação da casa
Questionário	29	Tenho boa conservação da habitação
	30	Boa conservação
	31	Boa
	32	Boa conservação
	33	Tenho boa conservação da habitação
	34	Boa
	35	Tenho boa conservação
	37	Tenho boa conservação da habitação
	38	Boa conservação
	39	Tenho boa conservação da casa
	40	Boa conservação
	41	Boa
	42	Tenho boa conservação
	43	Boa conservação
	44	Boa
	45	Tenho boa conservação da habitação
	46	Boa
	47	Boa conservação
	48	Boa conservação
	49	Tenho boa conservação da casa
51	Boa	
54	Tenho boa conservação	

ÁREA 1 – HABITABILIDADE

CATEGORIA		1A – COMO CONSIDERA O ESTADO DE CONSERVAÇÃO DA SUA HABITAÇÃO
Sub-Categoria		1A2 – Má conservação da habitação
Questionário	16	Tenho má conservação da habitação
	25	Má
	36	Má conservação
	50	Tenho má conservação da casa
	52	Má conservação da casa
	53	Tenho má conservação da habitação
	55	Má

ÁREA 2 – CONCEITO DE SAÚDE

CATEGORIA		2A – O QUE ENTENDE POR SAÚDE
Sub-Categoria		2A1 – Não estar doente / sentir-se bem
Questionário	2	É não estar doente. Sentir-se bem
	4	É estar bem, não estar doente
	38	É estar bem...

CATEGORIA		2A – O QUE ENTENDE POR SAÚDE
Sub-Categoria		2A2 – Não ter doenças
Questionário	12	Não ter doenças
	21	Não ter doenças
	34	Não ter doença
	36	Não ter doenças

CATEGORIA		2A – O QUE ENTENDE POR SAÚDE
Sub-Categoria		2A3 – Saúde bem
Questionário	20	Saúde bem

ÁREA 3 – PATOLOGIAS

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A1 – Patologia Gastrointestinal
Questionário	1	Tenho um problema de estômago...
	7	Tenho doença de crohn...
	15	Tenho problemas no fígado
	18	Tenho...úlcera duodeno...
	20	Tenho problemas no fígado
	26	Tenho doença de crohn
	28	Problemas...de estômago
	30	Tenho problemas de fígado...e gastrointestinais
	34	Tenho úlcera...
	49	Tenho úlcera duodenal

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A2 – Patologia Neurológica
Questionário	1	Tenho problema... de epilepsia...
	50	Tenho problemas neurológicos

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A3 – Hipertensão / Diabetes / Colesterol
Questionário	2	Tenho tensão alta...
	5	Tenho diabetes

Questionário	6	Tenho... hipertensão e diabetes
	11	Tenho...hipertensão...
	12	Tenho diabetes e hipertensão
	13	Tenho diabetes, hipertensão...
	16	...sou diabética e hipertensa
	18	Tenho hipertensão...
	19	Tenho diabetes, colesterol e hipertensão
	21	Sou diabética e hipertensa
	22	Tenho tensão alta...
	29	...tenho hipertensão
	30	Tenho...colesterol, hipertensão...
	31	Tenho hipertensão
	32	Tenho...hipertensão...
	34	Tenho...hipertensão
	35	Tenho diabetes, hipertensão...
	38	Sou diabético
	40	Tenho...hipertensão
	42	Tenho diabetes tipo II e hipertensão
	43	Tenho...hipertensão
	44	Tenho...diabetes e hipertensão
	45	Tenho hipertensão
47	Tenho...hipertensão	
51	Sou...hipertensa	
52	Tenho...tensão alta e diabetes	

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A4 – Patologia Osteoarticular
Questionário	2	Tenho...problemas nos ossos...
	6	Tenho problemas nos ossos (osteoporose)
Questionário	8	Tenho reumático
	9	Tenho tendinites
	10	Tenho dores lombares
	11	Tenho dores articulares...
	24	Tenho artroses
	25	...tenho problemas nas articulações
	27	Tenho problemas reumáticos e osteoporose
	28	Problemas da coluna...
	32	Tenho doenças nos ossos...
	43	Tenho doenças reumáticas...
	44	Tenho doenças reumáticas...
	47	Tenho problemas nos ossos...
	52	Tenho problemas nos ossos...
53	Tenho 2 hérnias cervicais e osteoporose	

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A5 – Patologia cardíaca / vascular / AVC
Questionário	2	Tenho...má circulação
	13	...tive 1 AVC...
	16	Já tive 3 AVC...
	17	Tenho problemas cardíacos
	32	Tenho doenças...de coração
	35	...tive 1 AVC

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A6 – Patologia ginecológica
Questionário	18	Tenho...nódulo na mama

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A7 – Patologia Psiquiátrica
Questionário	25	...ando na psiquiatria...
	29	Tenho depressão...
	33	Tenho depressão...
	40	Tenho uma depressão...

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A8 – Patologia Respiratória
Questionário	51	Sou asmática...

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A9 – Patologia Oftalmológica
Questionário	54	Tenho diminuição da acuidade visual

CATEGORIA		3A – POSSUI ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE
Sub-Categoria		3A10 – Consideram-se Saudáveis
Questionário	23	Sou saudável
	36	Sou saudável
	37	Sou saudável
	39	Sou saudável
	41	Sou saudável
	46	Sou saudável
	48	Sou saudável
	55	Sou saudável

ÁREA 4 – IMPORTÂNCIA DESTE PROJECTO

CATEGORIA	4A – EXISTE ALGUM ASPECTO, QUE NÃO FOI REFERENCIADO AO LONGO DO QUESTIONÁRIO?	
Sub-Categoria	4A1 – Precisa de alguém que pague a medicação	
Questionário	1	Precisava de alguém que pagasse a medicação do meu pai, que é cara

CATEGORIA	4A – EXISTE ALGUM ASPECTO, QUE NÃO FOI REFERENCIADO AO LONGO DO QUESTIONÁRIO?	
Sub-Categoria	4A2 – Limpeza do jardim/mesas do parque infantil	
Questionário	20	Que limpassem o jardim e arranjassem as mesas do parque infantil

CATEGORIA	4A – EXISTE ALGUM ASPECTO, QUE NÃO FOI REFERENCIADO AO LONGO DO QUESTIONÁRIO?	
Sub-Categoria	4A3 – Delegado de Saúde	
Questionário	21	Era importante o delegado de saúde, por causa dos cães

CATEGORIA	4A – EXISTE ALGUM ASPECTO, QUE NÃO FOI REFERENCIADO AO LONGO DO QUESTIONÁRIO?	
Sub-Categoria	4A4 - Dentista	
Questionário	36	Precisava de tratar os dentes

**QUADRO-SÍNTESE DAS ÁREAS TEMÁTICAS POR CATEGORIAS
E SUB-CATEGORIAS**

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Frequência por Sub-Categoria	Frequência das Sub-Categorias por Categoria
1–Habitação	1A - Como considera o estado de Conservação da sua Habitação	1A1 – Boa conservação da habitação	48	
		1A2 – Má conservação da habitação	7	
				55

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Frequência por Sub-Categoria	Frequência das Sub-Categorias por Categoria
2 – Conceito de Saúde	2A – O que entende por Saúde	2A1 – Não estar doente / sentir-se bem.	3	
		2A2 – Não ter doenças	4	
		2A3 – Saúde bem	1	
				8

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Frequência por Sub-Categoria	Frequência das Sub-Categorias por Categoria
3 – Patologias	3A – Possui algum problema de Saúde	3A1 – Patologia Gastrointestinal	10	
		3A2 – Patologia Neurológica	2	
		3A3 – Hipertensão/Diabetes/ Colesterol	26	
		3A4 – Patologia Osteoarticular	16	
		3A5 – Patologia Cardíaca / Vascular / AVC	6	
		3A6 – Patologia Ginecológica	1	
		3A7 – Patologia Psiquiátrica	4	
		3A8 – Patologia Respiratória	1	
		3A9 – Patologia	1	

		Oftalmológica		
		3A10 – Consideram-se Saudáveis	8	
				75

Área Temática	Categoria	Sub-Categoria	Frequência por Sub-Categoria	Frequência das Sub-Categorias por Categoria
4 – Importância deste Projecto	4A – Existe algum aspecto, que não foi referenciado ao longo do questionário?	4A1 – Precisa de alguém que pague a medicação	1	
		4A2 – Limpeza do jardim/mesas do parque infantil	1	
		4A3 – Delegado de Saúde	1	
		4A4 – Dentista	1	
				4

ANEXO III – Diagnóstico de Situação do Bairro 1º de Maio



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE-SEIXAL E SESIMBRA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL II

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

DA

TORRE DA MARINHA

PROJECTO SAÚDE SOBRE RODAS

Diagnóstico de Situação do Bairro 1º de Maio

Arrentela



Enfª Discente: Sónia Dias

Enfª Orientadora: Inês Duarte

Enfª Tutora: Amélia Simões Figueiredo

Torre da Marinha

Outubro de 2009

*“As nossas obras acompanham-nos desde
um passado remoto e o que fomos vai-se
reflectindo naquilo que somos”*

Eugenio Sue

SUMÁRIO

	f
0-INTRODUÇÃO.....	7
1- <u>O SEIXAL NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA</u>	9
2- <u>ENQUADRAMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO CONCELHO DO SEIXAL</u> ..	10
3- <u>ENQUADRAMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA ARRENTELA</u>	14
4- <u>REDE EUROPEIA DE CIDADES SAUDÁVEIS</u>	16
4.1-A REDE PORTUGUESA DE CIDADES SAUDÁVEIS.....	18
4.2-O PROJECTO SEIXAL SAUDÁVEL.....	19
5- <u>O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE</u>	21
6- <u>PROJECTO INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO</u>	23
6.1- CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DO BAIRRO 1º DE MAIO....	23
7- <u>METODOLOGIA</u>	25
7.1-TIPO DE ESTUDO.....	25
7.2-OBJECTIVOS.....	26
7.3-POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	27
7.4- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	28
7.4.1- <u>Validação do Instrumento de Recolha de Dados</u>	30
7.4.2- <u>A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de</u> <u>Dados</u>	31
7.5-TRATAMENTO DE DADOS.....	31
8-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33

9- <u>PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO</u>	46
10- <u>CONCLUSÃO</u>	47
11- <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	48
<u>ANEXOS</u>	51
ANEXO A-Instrumento de Colheita de Dados.....	52
ANEXO B-Fotos do Bairro 1º de Maio.....	60

SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

f

Gráfico 1 – Evolução da população residente no Município do Seixal.....	13
Gráfico 2 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo o género	33
Gráfico 3 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a idade	34
Gráfico 4 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a naturalidade	34
Gráfico 5 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo o estado civil	35
Gráfico 6 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo as habilitações literárias	35
Gráfico 7 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a situação laboral	36
Gráfico 8 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo os anos de residência no bairro	36
Gráfico 9 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo o fornecimento de água e electricidade	37
Gráfico 10– Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a forma como consideram o estado de conservação da sua habitação	37
Gráfico 11 –Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a sua inscrição na UCSP/USF do Seixal/UCSP Torre da Marinha	38
Gráfico 12 – Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a frequência de ida ao médico	38
Gráfico 13– Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde	39

Gráfico 14–Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a actualização do boletim de vacinas	39
Gráfico 15- Distribuição dos habitantes inquiridos segundo a sua patologia	40
Gráfico 16 – Caracterização do agregado familiar/relação de parentesco com o entrevistado	40
Gráfico 17 – Caracterização do agregado familiar segundo o género	41
Gráfico 18 – Caracterização do agregado familiar segundo a idade	41
Gráfico 19– Caracterização dos agregados familiares segundo a escolaridade	42
Gráfico 20 – Caracterização dos agregados familiares segundo a profissão	42
Gráfico 21– Distribuição dos habitantes dos agregados familiares segundo as patologias existentes	43
Gráfico 22– Prioridades de intervenção no Bairro 1º de Maio	44

SEQUÊNCIA DE FIGURAS

Fig.1 – O Seixal na Área Metropolitana de Lisboa.....	9
Fig. 2 - Tanque e Casas de Habitação da Quinta da Princesa, Amora (1980).....	10
Fig. 3 – Instalações Agrícolas da Quinta da Princesa, Amora.....	11
Fig.4 – Rede Europeia de Cidades Saudáveis.....	18
Fig. 5 – Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis.....	19
Fig.6 – Imagem do Bairro 1º de Maio.....	24

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi solicitado a realização de um diagnóstico de situação do Bairro 1º de Maio, que se situa na Freguesia da Arrentela, Concelho do Seixal.

Este projecto de âmbito comunitário teve início em Março de 2009, tendo como objectivo geral a promoção da saúde da população residente no Bairro 1º de Maio, ao longo do ciclo de vida. Destina-se a todas as famílias identificadas pela equipa de saúde, dando destaque às mais vulneráveis que são as crianças e os idosos.

Para podermos realizar o diagnóstico de situação, foi sem dúvida importante, não esquecermos que os enfermeiros que trabalham na comunidade e com a comunidade estão preocupados com a saúde dos indivíduos, famílias e grupos.

Assim, segundo o REPE: *“o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área de sua especialidade”*.

No entanto, a aquisição de competências por parte dos enfermeiros não resulta apenas do aumento do conhecimento, este tem que ser aplicado e demonstrado através de experimentação e de treino, sem esquecer as vertentes pessoal, social, teórica e prática.

O diagnóstico de situação da população residente no Bairro 1º de Maio, resultou assim, de um estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária. Esse diagnóstico, foi realizado com a colaboração das enfermeiras da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados da Torre da Marinha no ACES do Seixal e Sesimbra, onde decorrem neste momento vários projectos de intervenção comunitária em parceria com a Câmara Municipal do Seixal.

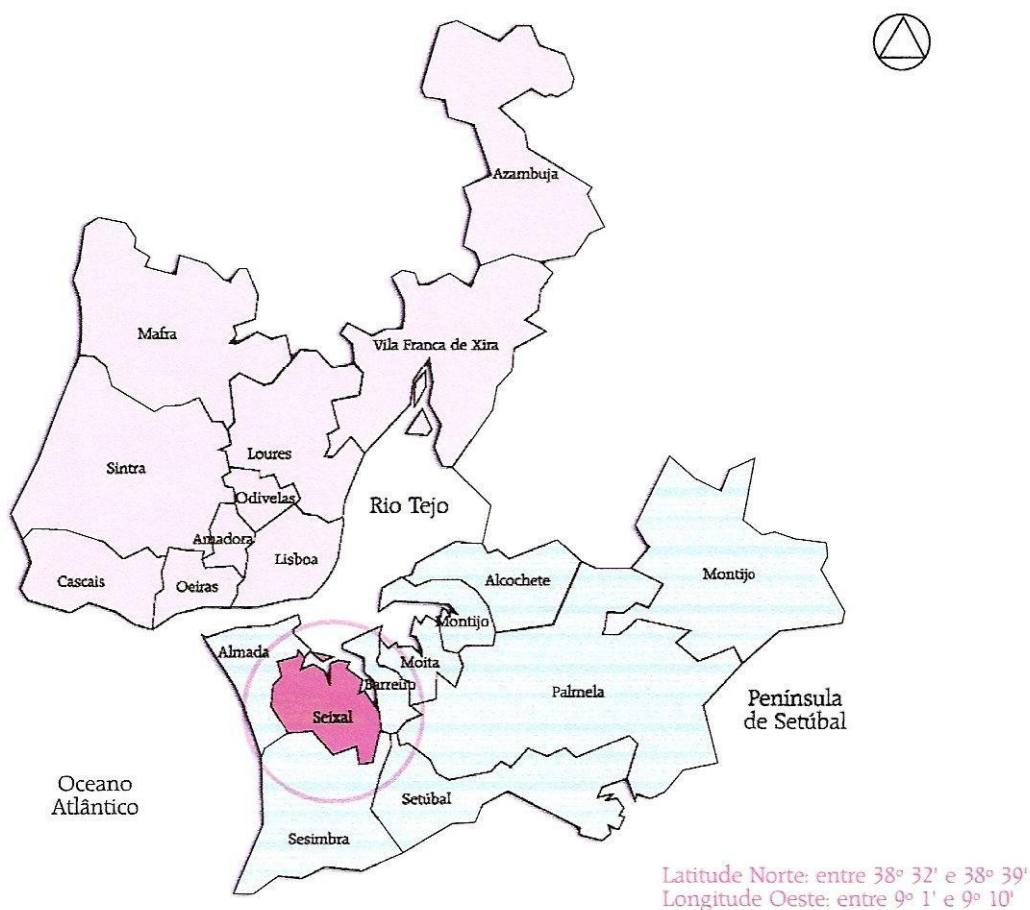
Com este trabalho, pretendemos, dar a conhecer as necessidades de intervenção prioritárias que foram identificadas pela população do Bairro 1º de Maio.

1-O SEIXAL NA ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA

Ao longo das últimas décadas o Município do Seixal apresenta um elevado crescimento urbano e demográfico.

O Seixal, Município da Área Metropolitana de Lisboa, sempre demonstrou uma forte dinâmica de transformação. Inicialmente integrado na cintura industrial de Lisboa, após a construção da primeira travessia do Tejo desenvolve uma vertente de subúrbio residencial. Com o processo de metropolização induzido por Lisboa, emergem novas centralidades e a procura de espaço para a localização de serviços junto dos principais eixos viários do Concelho deu início a uma nova fase de desenvolvimento local no sentido da terciarização. (CMS, 2003).

Fig.1 – O Seixal na Área Metropolitana de Lisboa



Fonte: Câmara Municipal do Seixal – Divisão do Plano Director Municipal

2-ENQUADRAMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO CONCELHO DO SEIXAL

O Município do Seixal foi criado em 1836, por D. Maria II, aquando da reforma administrativa do liberalismo. Até aquela data as freguesias do concelho do Seixal pertenciam a Almada.

Nesta época, a população era essencialmente rural dedicando-se os que habitavam as povoações ribeirinhas a actividades relacionadas com o rio, nomeadamente a actividade de cabotagem, muito importante porque estabelecia o contacto com Lisboa, a capital. Também nessa altura, era importante a indústria de moagem que se desenvolvia nos 12 moinhos de maré existentes ao longo das margens da enseada do Seixal.

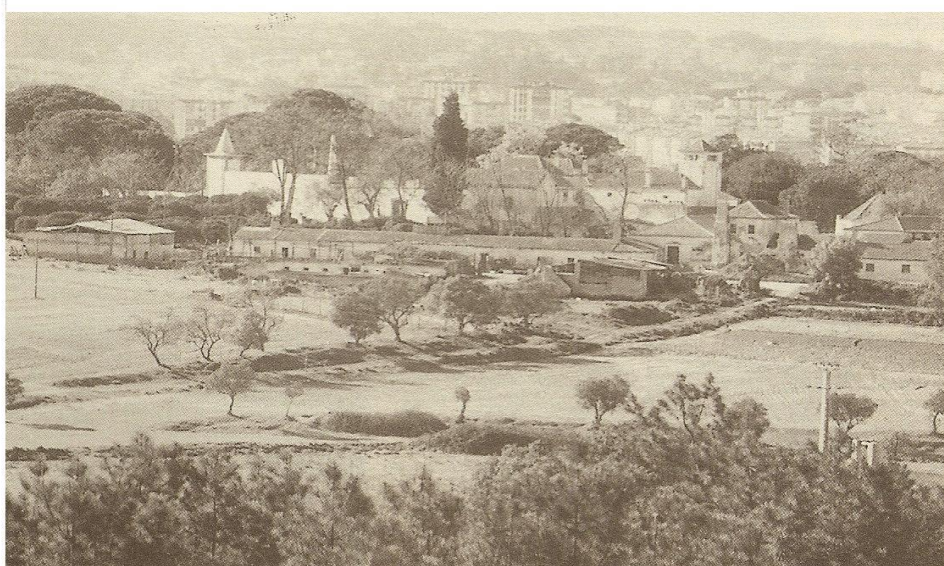
Nesta altura os principais núcleos urbanos eram os que se situavam junto do rio: vila do Seixal, Arrentela, Torre da Marinha e Amora. A Aldeia de Paio Pires, no interior tinha um carácter rural rodeado de quintas de produção agrícola. Os trabalhos agrícolas determinavam a organização dos espaços rurais: a terra cultivada dispunha-se de certa forma em relação aos lugares onde viviam os homens. As quintas, que por vezes aliavam à sua função económica o facto de serem locais de recreio dos seus proprietários, assumiram frequentemente a feição de obras de arte, pela imponência e carácter das suas construções, nomeadamente casas de habitação e capelas, bem como os jardins que se dispunham e arranjavam à sua volta. Muitas das quintas pertenciam a ordens religiosas. Estas quintas situavam-se junto á orla fluvial e a restante área do Município era predominantemente florestal, sendo a produção de madeira para as embarcações uma das actividades principais.

Fig. 2 - Tanque e Casas de Habitação da Quinta da Princesa, Amora (1980).



Fonte: Agricultura e Espaços Rurais do Concelho do Seixal- Câmara Municipal do Seixal

Fig. 3 – Instalações Agrícolas da Quinta da Princesa, Amora.



Fonte: Agricultura e Espaços Rurais do Concelho do Seixal- Câmara Municipal do Seixal

A revolução Industrial do séc.XIX teve diversas repercursões no Concelho do Seixal onde se localizavam várias unidades industriais.

A primeira grande fábrica instalou-se na Torre da Marinha, na foz do rio Judeu e dedicava-se ao fabrico de lanifícios. Posteriormente multiplicaram-se as unidades fabris que se instalaram no Seixal, nas mais variadas actividades: fabrico de produtos químicos, de sabão, de sola de vidro, moagem e descasque de arroz, seca do bacalhau e, sobretudo, na viragem do século, a transformação da cortiça, em que se destacou a fábrica Mundet. As fábricas de cortiça foram durante quase três quartos do séc. XX, as principais empregadoras do Concelho.

Posteriormente, diversos melhoramentos foram sendo feitos no Município contribuindo para o aumento da população, como por exemplo: a instalação de um ramal ferroviário entre o Seixal e o Barreiro que foi reforçar as comunicações e as ligações entre estes dois centros industriais.

No final da década de 40, o Seixal era o Concelho onde a actividade industrial tinha uma forte implantação.

O desenvolvimento industrial no pós-guerra caracterizou o sistema económico na Europa, também se fez sentir em Portugal tendo-se decidido construir uma Siderurgia. O local escolhido, obtido por expropriação, abrangia diversas quintas do Seixal. A Siderurgia Nacional é inaugurada em 1960 e induziu o aparecimento de novas unidades industriais, contribuindo dessa forma para a redução do número de activos na agricultura.

Só a partir da década de 60 é que no Concelho do Seixal se começaram a fazer sentir os efeitos da metropolização. Em direcção a Lisboa geraram-se movimentos de população atraída pela dinâmica industrial e pela oferta de emprego. Após a construção da Ponte sobre o Tejo e a auto-estrada do Sul, até ao Fogueteiro, no Seixal, foram duas infra-estruturas, determinantes para aumentarem a acessibilidade do Concelho.

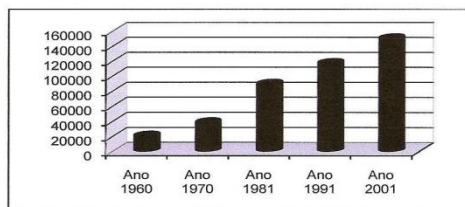
A estrutura fundiária definida pelas antigas quintas agrícolas posteriormente abandonadas, deram origem ao desenvolvimento de urbanizações com elevado número de fogos junto dos principais eixos viários. Surgiram assim novos bairros que contribuíram para o aumento da densidade populacional.

O Concelho do Seixal registou entre os dois últimos Censos (1991 e 2001) o terceiro maior crescimento demográfico em números absolutos, no total dos Municípios Portugueses e o segundo na Área Metropolitana de Lisboa, apresenta índices de progresso social, educativo, cultural e económico dos mais elevados do País, sendo o primeiro em desenvolvimento social.

Actualmente, é um Município com mais de 150 mil habitantes, estando esse crescimento muito ligado ao fenómeno da imigração.

Gráfico 1 – Evolução da população residente no Município do Seixal

1960	1970	1981	1991	2001
20 470	38 090	89 169	116 912	150 271



Fonte: Publicação Seixal em Números, Censos 2001

A população do Município do Seixal situa-se nas faixas etárias mais jovens. Embora, na última década se tenha registado uma tendência para o envelhecimento, visto terem diminuído as taxas de natalidade e aumentado a esperança média de vida.

No Concelho do Seixal residem, de acordo com a estimativa do Instituto Nacional de Estatística para 2004, cerca de 164 mil habitantes, sendo este o segundo concelho com mais população no distrito de Setúbal.

3-ENQUADRAMENTO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA ARRENTELA

A Arrentela é uma freguesia do Concelho do Seixal, com 9,58 Km² e 28610 habitantes (2001). Densidade 2986,4 hab./Km².

A freguesia da Arrentela, juntamente com a freguesia do Seixal, forma a cidade de Seixal.

Desta freguesia fazem parte as seguintes localidades: Torre da Marinha, Casal do Marco, Pinhal de Frades, Cavaquinhas, Casal de Santo António e Cavadas.

A Arrentela está situada na margem sul do estuário do rio Tejo, em local alto e debruçado sobre o esteiro do Judeu. O seu nome provirá eventualmente de “Aventella”, por ser terra varrida por muitos ventos, ou de “Arrentella”, por causa de estar implantada em areais ou ainda, segundo a tradição popular, de “além terra”, desde que foi avistada do rio por pescadores. Toda a região da margem sul do estuário do Tejo, integra na grande mancha terciária denominada Península de Setúbal, assenta, por isso, sobre uma vasta área compreendendo formações do Miocénio Marinha e Pliocénico. O Pliocénico ocupa, no entanto, a grande totalidade da Península de Setúbal e os terrenos quaternários constituem as orlas marginais do Tejo e dos seus esteiros. Quase toda a área do Concelho do Seixal, a que pertence a freguesia de Arrentela, se estende sobre a formação Pliocénica da Bacia do Tejo, a qual é bordada por uma faixa de depósitos recentes ao longo da orla fluvial.

A povoação de Arrentela está implantada em terrenos do Pliocénico excepto junto das margens do esteiro em que o subsolo é formação natural recente ou artificial.

Em 1384, a Arramtella era referida por Fernão Lopes, na crónica de D. João I. Em 1399, o Convento da Trindade trocava a sua Quinta de Arrentela por bens em Lisboa. Data de 1403 o aforamento do esteiro de Arrentela a Nuno Álvares Pereira, que o doou, conjuntamente com outras terras, ao Convento do Carmo, 1404.

Datam de 1581 os primeiros assentos de Baptismo, Casamentos e Óbitos lavrados na Paróquia de Arrentela.

Como outros povoados ribeirinhos da região, a Arrentela desenvolveu-se com base nas potencialidades do rio, quer a nível dos seus recursos naturais, quer das actividades proporcionadas pela localização geográfica, como a construção naval, sobretudo a partir do período dos descobrimentos e expansão marítima portuguesa.

Em 1620, segundo Frei Niculau de Oliveira (Livro das Grandezas de Lisboa), Arrentela tinha 350 fogos, com 890 habitantes. Já em 1733, segundo o Padre Luís Cardoso (Dicionário Geográfico), a freguesia de Arrentela - englobando na altura o Seixal, Paio Pires, Torre da Marinha e Arrentela – contava com 563 vizinhos.

Até meados do séc. XIX a agricultura desempenhou papel importante nas actividades da população local, designadamente o cultivo da vinha. No esteiro do Judeu pescava-se peixe em abundância. Há notícia da existência de algumas marinhas de sal que pertenciam aos Frades Jerónimos de Belém.

O vinho, algum azeite, produtos hortícolas e frutas, assim como peixe, originaram importante comércio com a cidade de Lisboa, através do Tejo. Fora da povoação, no lugar da Torre da Marinha, estabeleceu-se no 2º quartel do séc. XIX a indústria de lavagem de lãs. Esta fábrica foi comprada por ordem de D. Miguel, que aí estabeleceu o fabrico de mantas para o exército. Em 1855, sob direcção de Júlio Caldas Aulette, fundou a companhia de Lanifícios da Arrentela. Em 1908 a laboração da fábrica contava com 420 operários.

Em 1940 a Arrentela contava com 3276 habitantes e em 1970 com 9980.

Actualmente, segundo os Censos de 2001 a Arrentela contava com 28610 habitantes.

4-REDE EUROPEIA DE CIDADES SAUDÁVEIS

Sendo o Seixal, um dos Municípios pertencente à Rede Europeia de Cidades Saudáveis, faz todo o sentido conhecer um pouco mais sobre esta Rede e qual o seu papel na saúde da comunidade.

“*O século XXI será o século das cidades*”, apontam os especialistas. Actualmente mais de metade da população mundial vive em cidades e na Europa este número atinge os 75%, com tendência para aumentar. As cidades tornam-se assim, os grandes habitats da humanidade, pelo que deverão ser o resultado equilibrado e saudável de correlações entre o ambiente, o planeamento urbano, a educação, a exclusão social/pobreza, o emprego/desemprego, a situação social e económica e a saúde, de forma a proporcionar bem-estar físico e mental nos indivíduos das actuais e futuras gerações.

De acordo com o enunciado pelas Nações Unidas, o desenvolvimento sustentável deverá ser feito de forma a “*satisfazer as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações de satisfazer as suas próprias necessidades*”. As pessoas são simultaneamente o enfoque e o motor do desenvolvimento sustentável e é na capacidade criativa e de inovação que reside o grande desafio das cidades e a resposta às necessidades humanas.

Sem dúvida que Promover a Saúde e a Qualidade de vida nas cidades constitui o âmago do Projecto Cidades Saudáveis. Este Projecto procura posicionar a saúde num lugar cimeiro da agenda dos decisores, e incrementar estratégias locais em prol da saúde e do desenvolvimento sustentável, baseadas nos princípios e objectivos da estratégia de Saúde Para Todos no Século XXI (WHO, 1985), da carta de Ottawa para a Promoção da saúde (WHO, 1986) e na Agenda 21 Local (WHO, 1997).

De acordo com Goldstein e Kickbusch (1996), uma cidade saudável é aquela que está continuamente a criar e a desenvolver os seus ambientes físico e social, e a expandir os recursos comunitários que permitem às pessoas apoiarem-se mutuamente nas várias dimensões da sua vida e no desenvolvimento do seu potencial máximo.

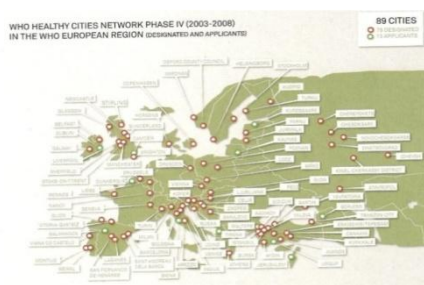
Esta ideia de Cidade Saudável conquistou adeptos em todo o mundo e muito em particular na Europa onde o Projecto existe há 20 anos, sob a forma organizada de uma Rede Europeia, que congrega cidades/municípios dos mais variados países e de Redes Nacionais que desenvolvem, dentro das fronteiras do seu país, a metodologia de intervenção deste Projecto. Esta Rede Europeia desenvolve-se em fases de 5 anos, com planos de acção específicos e temas de intervenção prioritários.

Integram a Rede Europeia de Cidades Saudáveis 89 cidades, de um total de 30 países. Actualmente Portugal encontra-se representado na mesma pelos municípios de Montijo, Seixal e Viana do Castelo.

A Rede Europeia de Cidades Saudáveis representa um mecanismo chave para promover o compromisso e a inovação e é uma fonte de valiosa legitimidade e aprendizagem contínua, na medida em que constitui uma importante fonte de experiência e de conhecimentos que têm sido avaliados e monotorizados.

O movimento das Cidades Saudáveis na Europa vai muito para além dos contornos desta Rede Europeia, criando sustentabilidade a nível local em redes nacionais e regionais que envolvem mais de 1000 cidades e municípios de 30 países. Estas redes nacionais integram a chamada Rede das Redes Nacionais de Cidades Saudáveis, que se desenvolve em paralelo com a Rede Europeia e tem como principal objectivo sedimentar localmente o Projecto Cidades Saudáveis e a sua metodologia de intervenção, criando um efeito multiplicador de boas práticas em saúde. Em Portugal temos a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis que integra esta Rede desde Junho de 2001.

Fig. 4 – Rede Europeia de Cidades Saudáveis



Fonte: Saúde em Rede-Câmara Municipal do Seixal

4.1-A REDE PORTUGUESA DE CIDADES SAUDÁVEIS

Em Portugal, um conjunto de municípios sensíveis à abordagem holística da saúde promovida pelo Projecto Cidades Saudáveis e conscientes de que a saúde das pessoas que vivem em meio urbano é fortemente determinada por múltiplas causas sociais, económicas, políticas, ambientais e comportamentais, constituíram uma comissão promotora que em 10 de Outubro de 1997 criou, sob escritura pública, em Viana do Castelo, a Associação de Municípios Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis.

Durante estes 10 anos a Rede passou de 9 municípios fundadores para 21 e actualmente são 26.

Fig. 5 - Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis



Fonte: Saúde em Rede-Câmara Municipal do Seixal

Esta Rede potencia a obtenção de ganhos em saúde, constitui um estímulo à inovação e criatividade e permite a construção de uma visão partilhada de intervenção pela saúde e qualidade de vida.

4.2- O PROJECTO SEIXAL SAUDÁVEL

O Seixal, na sua qualidade de membro da Rede Europeia das Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde, tem preocupações e responsabilidades acrescidas na promoção da saúde.

O Projecto Seixal Saudável, a que estão associadas em parceria mais de 120 instituições, tem desempenhado um relevante contributo na definição de estratégias de desenvolvimento sustentado.

A prestação de cuidados de saúde é uma área particularmente sensível, porque diz respeito a todas as pessoas, independentemente da sua idade ou condição socioeconómica, que pode beneficiar muito com o estabelecimento de parcerias na comunidade.

A política municipal de acção social tem como objectivo integrar as instituições e forças locais em projectos que combatem o isolamento, a solidão e a exclusão e trazer crianças, jovens e mais velhos a uma participação activa e construtiva no quotidiano dos bairros e das freguesias.

A Câmara Municipal tem estado atenta a esta realidade, de modo a permitir melhorar a prestação de cuidados de saúde e humanizar e aproximar os serviços da comunidade.

O Projecto de Intervenção Comunitária “ Saúde Sobre Rodas ” intervém numa vertente clínica e social, em bairros sociais do Concelho, deslocando-se ao domicílio dos munícipes sempre que necessário. É dinamizado pelos Centros de Saúde do Concelho em parceria com a Câmara Municipal do Seixal, através do Gabinete de Acção Social e pelo Hospital Garcia de Orta, no âmbito do Projecto Seixal Saudável.

Utiliza para o efeito uma unidade móvel cedida pela Direcção Geral de Saúde ao Hospital Garcia de Orta, no âmbito de uma candidatura do mesmo ao Programa Saúde XXI. Esta unidade móvel foi disponibilizada ao Projecto Seixal Saudável para intervir

de forma descentralizada no Concelho de Seixal, de acordo com as áreas de intervenção territorial dos três Centros de Saúde.

Este Projecto tem-se revelado uma mais valia no Concelho do Seixal, na área da saúde comunitária, com resultados concretos em termos de atendimentos clínico e sociais a várias centenas de pessoas, distribuídas por bairros sociais.

5- O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE

Inicialmente, o foco dos cuidados na comunidade insidia sobre os indivíduos doentes; segundo HANSON (2001, p.371) *“a família era a fonte dos cuidados para membros doentes. Geralmente os cuidados eram prestados nas casas dos doentes e as enfermeiras eram chamadas enfermeiras “visitadoras”*. Já há descrições deste tipo de enfermeiras desde a Era Pré-cristã, na Índia, no Egito, Grécia e Roma (Gardner, 1928).

A enfermagem de visita domiciliária está documentada na Europa, *“desde o século XI ao século XVI, com ambas as ordens seculares e religiosas a prestarem cuidados”* (RUE, 1944).

Em meados do século XIX, a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença começou a ser reconhecida. *“As enfermeiras de saúde na comunidade, ou enfermeiras “visitadoras” alargavam os seus papéis, para incluírem a educação para a saúde, bem como os cuidados a doentes, e para que estes funcionassem eficazmente, orientaram os seus cuidados não só para indivíduos, mas também para as famílias”* (GARDNER, 1928; RUE, 1944).

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e actividades dependem, contudo, de factores como a sua área de actuação, sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham.

Também é do seu âmbito profissional, planear e realizar intervenções de enfermagem, tais como a promoção e ensino dos cuidados de higiene/saúde, a promoção do desempenho parental, a promoção da adesão ao regime terapêutico (principalmente em doentes crónicos) e a promoção de acções educativas no âmbito de cuidados preventivos de saúde.

As intervenções de enfermagem próprias da área da saúde comunitária visam sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com cuidados de saúde primários (hábitos alimentares, de higiene, vacinação, etc.). Desenvolveram-se actividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local (que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida das populações) e promovem-se estudos epidemiológicos.

A actividade dos enfermeiros especialistas nesta área pode ser desenvolvida em hospitais, centros de saúde, creches, escolas, lares de idosos, empresas, prisões, domicílios e bairros degradados, tendo como alvo determinados grupos populacionais, tais como crianças, idosos, grávidas, toxicodependentes, pessoas com cancro, grupos de risco, habitantes de zonas degradadas, indivíduos com doenças transmissíveis e trabalhadores de empresas particularmente geradoras de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho, entre outros.

“Tendo em conta as diversas actividades que podem desempenhar, são muitas as capacidades exigidas a estes profissionais, ou seja é este o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.” (Ordem dos Enfermeiros)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha, para partilhar com a população, nos domicílios, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir. Por isso, temos que concordar com LANCASTER quando afirma que *“Os papéis do enfermeiro comunitário são muito variados e são um desafio”* (1999, p.4).

O envolvimento e a participação da comunidade na promoção da saúde é hoje considerado um processo estratégico pela Organização Mundial de Saúde. Muitos estudos mostram que a melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população dependem, em larga medida, da oferta de canais e formas de participação activa dos cidadãos para resolver os seus problemas e necessidades.

6-PROJECTO DE INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO

6.1-CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO BAIRRO 1º DE MAIO

Após o 25 de Abril de 1974, as operações SAAL (Serviço Ambulatório de Apoio Local), foram durante um curto período, uma experiência de democracia e intervenção participativas no domínio da habitação social.

Ainda hoje, continua a constituir uma referência para os Estudos Urbanos, pela forma como envolveu arquitectos, engenheiros, juristas, geógrafos, sociólogos e sobretudo, os próprios moradores de bairros degradados, em barracas e em condições precárias de habitabilidade, num esforço associativo para lutar por uma habitação condigna e pelo direito à cidade. Os arquitectos faziam os projectos com a participação das populações, os moradores construíam e o Estado pagava os materiais. O SAAL, foi um modelo de aproximação às comunidades.

Neste contexto surgiu o Bairro 1º de Maio.

Este Bairro foi edificado pela Câmara Municipal do Seixal em 1980, para realojar uma população que residia em barracas nos terrenos anexos à antiga Siderurgia Nacional.

Este Bairro, é constituído por 88 fogos, distribuídos por 3 ruas distintas. (Rua José Régio; Rua Jorge Sena e Rua Jaime Cortesão). A população é envelhecida, reformada principalmente da Siderurgia e da Indelma. São famílias distribuídas por casas com 3 a 4 assoalhadas de R/c e 1º andar, que foram sofrendo melhorias, realizadas pelas próprias pessoas. Existem vários casos sociais, daí a existência de casas mais degradadas e que precisam urgentemente de intervenção. São famílias com baixo índice escolar, predominando o analfabetismo e o 1º ciclo como habilitações literárias das pessoas inquiridas. Ao longo dos meses de Abril a Junho de 2009, foram aplicados os questionários a 55 pessoas, residentes no Bairro 1º de Maio.

Relativamente às necessidades de intervenção, estas englobam várias vertentes: apoio social, saúde e educacional, áreas de lazer, entre outras que serão posteriormente analisadas gráficamente. Estas necessidades foram identificadas no decorrer da

aplicação dos questionários, e não só, mas muitas delas foram identificadas através de conversa com os habitantes do Bairro, bem como pela observação directa.

A população residente no bairro, na sua maioria está inscrita no Seixal, distribuídas pelas duas Unidades de Saúde Familiar e pela Unidade de cuidados de Saúde Personalizados.

Fig.6-Imagem do Bairro 1º de Maio



Fonte: Digital Globe 2009

7-METODOLOGIA

É na fase metodológica que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta ao problema por ele definido e comprovar ou não as questões levantadas.

O trabalho de investigação será credível e aceite pela comunidade que o avalia, se seguir uma determinada metodologia científica, segundo FORTIN (1999, p.372) consiste “...num conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Sendo também parte de um relatório, em que se descrevem os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação” . Para a mesma autora (1999, p.108) “...a fase metodológica operacionaliza o estudo”, inclui o tipo de estudo, população e amostra, método de colheita de dados, procedimentos de tabulação e análise dos dados e implicações éticas.

Quando se constrói um puzzle, só utilizando um método, conseguimos agrupar as diferentes peças em conjuntos lógicos e fundamentais para a concretização do produto final. Este raciocínio é igualmente válido numa investigação, onde as “...diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.” (FORTIN, 1999,p.40).

Segundo FORTIN (1999, P.41) é na fase metodológica que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

7.1-TIPO DE ESTUDO

É a questão central que precede o domínio em estudo que direcciona a evolução dada à investigação. A investigação foi a realização de um diagnóstico de situação do Bairro 1º de Maio de modo a identificar as necessidades e intervenção prioritárias para a população residente, cujo enunciado, segundo FORTIN (1999, p.52), se situa no nível da hierarquia de conhecimentos, a que corresponde a exploração de *fenómenos e cuja*

resposta será descritiva. Para FORTIN (1999, p.137), “a investigação descritiva visa “ denominar, clarificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”, de forma a tornar o fenómeno conhecido. Deste modo, visa-se definir e clarificar conceitos, descrevendo os factos identificados.

Para GIL (1994, p.44) o estudo descritivo tem “ *como objectivo primordial a descrição das características de determinada população, de fenómenos ou então, o estabelecimento da relação entre as variáveis*”.

Quanto ao estudo descritivo para ANDRADE (1994, p.94) “*o estudo descritivo apresenta características especiais que os distingue dos outros: uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da colheita de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática*”.

Para CERVO et all (1983, p.56) referem que os estudos descritivos “ *tratam do estudo e descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada*”.

Após tomarmos em consideração a nossa questão inicial, optamos pela realização de um estudo quantitativo que segundo FORTIN (1999, p.22) se trata de “ *um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objectivos, acontecimentos e fenómenos existentes*”.

Relativamente ao tipo de estudo, como já referi anteriormente trata-se de um estudo descritivo simples.

7.2-OBJECTIVOS

- Caracterizar a população, existente no Bairro 1º de Maio na Arrentela;*
- *Identificar as necessidades de intervenção prioritárias para a população.*

Para atingirmos estes objectivos, foi necessário caracterizarmos a população sócio-demográficamente e identificarmos necessidades da população do Bairro 1º de Maio, promovendo a saúde e tratando situações de doença, entre outras, sem esquecer a

cultura, a religião, a idade, as condições habitacionais das pessoas no Bairro, de modo a identificar situações de risco se existirem.

Este projecto tem uma orientação base, e partindo desta orientação, procuramos adquirir competências através do aumento dos conhecimentos, da experiência nos diferentes momentos de intervenção no Bairro 1º de Maio, das actividades desenvolvidas, bem como da nossa experiência como Enfermeiras ao longo destes anos de trabalho.

É sem dúvida, e continua a ser um grande desafio, entrarmos no Bairro e conhecermos a sua dinâmica e funcionamento, quem são as pessoas, o que fazem, o que precisam e em que vamos poder ajudá-las.

Ao intervir neste bairro, pretendemos manter contacto com todo o ciclo de vida da população residente. Desta forma, esperamos abranger os vários programas de saúde, no âmbito da vacinação, planeamento familiar, saúde infantil, saúde do idoso e na promoção de hábitos de vida saudáveis.

7.3-POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é definida por FORTIN (1999, p.202), como *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*. É necessário definirmos de forma precisa a população a estudar e, conseqüentemente, os elementos que a constituem. Para FORTIN (1999, p.202), *“uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”*

Assim, a nossa população alvo sobre a qual o estudo incidiu, foi contituída por todas as famílias residentes no Bairro 1º de Maio.

Devido às características do estudo, não foi possível termos acesso a toda a população. Dos 88 habitantes a inquirir, apenas entrevistamos 55 residentes. Contituindo estes a nossa população acessível.

Segundo FORTIN (1999, p.41) “a população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador”.

Para a selecção da amostra estabelecemos os seguintes critérios:

- Pessoas que demonstrem competência cognitiva para responderem aos inquéritos;
- Pessoas maiores de 18 anos residentes no Bairro 1º de Maio.

7.4-TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em atenção os objectivos do estudo e o tipo de questões colocadas. Optámos assim, pela utilização de um inquérito em forma de questionário, que facilita a análise dos dados, permite os diversos factores, analisar os conteúdos a abordar e permite a confidencialidade e anonimato. FORTIN (1999, p.245), considera que o questionário permite “ *colher informações junto dos participantes relativas aos factos, ás ideias, aos comportamentos, ás preferências, aos sentimentos, ás expectativas e ás atitudes*”. Ainda segundo a mesma autora (1999, p.249) o questionário “*é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*”.

Ao realizarmos este estudo, foi nosso intuito utilizarmos uma técnica de recolha de dados que, perante a população escolhida, permitisse obter as informações necessárias para o conhecimento desta, através da sua caracterização em diversos aspectos, e para a análise e intervenção comunitária no Bairro 1º de Maio. Para QUIVY & CAMPENHOUDT, tendo em consideração estes objectivos, o método de inquérito por questionário “*...é especialmente adequado*” (1998, p.189). Estes autores referem, assim, que um questionário “*Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos,... uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas*

expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores...” (1998, p.188).

Em termos de apresentação, o questionário apresenta uma capa ilustrativa e identificativa do estudo.

O questionário é composto por uma nota introdutória, que inclui informação acerca das razões que determinaram a realização do estudo, uma curta apresentação da temática, tentando motivar os inquiridos, a explicação da importância das respostas, a importância da confidencialidade dos dados do questionário e o agradecimento final pela colaboração cedida.

Relativamente às questões, foi nosso objectivo elaborá-las da forma mais clara e precisa possível, tendo estas sido organizadas segundo uma divisão e estruturação em quatro temáticas distintas, indo ao encontro dos nossos objectivos, e ajustadas ao modelo de análise:

Parte A - Caracterização Sócio – Demográfica;

Parte B - Habitabilidade;

Parte C - Saúde;

Parte D - Importância deste Projecto.

O questionário apresenta assim, um total de vinte e três (23) questões, respeitando as respostas de LAKATOS & MARCONI: que menciona que “ *O questionário deve ser limitado em extensão e em finalidade. Se for muito longo, causa fadiga e desinteresse; se curto demais, corre o risco de não oferecer suficientes informações. Deve conter 20 a 30 perguntas...* ” (1990, p.90).

As perguntas colocadas apresentam-se de duas (2) formas: abertas e fechadas (dicotómicas e de escolha múltipla).

Com a Parte A pretendemos obter uma Caracterização Sócio-Demográfica da população inquirida. Esta parte apresenta 9 questões, colocadas ao inquirido sobre o sexo, a idade, a naturalidade, a nacionalidade, o estado civil, as suas habilitações

literárias, a sua situação laboral bem como o número e a caracterização do seu agregado familiar.

Com a Parte B pretendemos obter informação sobre Habitabilidade. É composta por 4 questões, fazendo referência aos anos em que o inquirido reside no Bairro, se a sua habitação tem água canalizada e instalação eléctrica bem como o estado de conservação da sua habitação.

Com a Parte C procuramos dar ênfase à temática da Saúde, tentando obter informação acerca do que esta representa para cada inquirido. Esta parte apresenta 8 questões, colocadas ao inquirido sobre o que entende por saúde, se está inscrito em algum Centro de Saúde, se tem médico de família, com que frequência vai ao médico, se costuma consultar os enfermeiros no Centro de Saúde, se tem boletim de vacinas, se possui algum problema de saúde e se as pessoas do agregado familiar tem problemas de saúde.

Com a Parte D pretendemos obter informação sobre a Importância deste Projecto. Esta parte apresenta 2 questões, sendo a primeira questão, no entender do inquirido que infra-estruturas seriam prioritárias no Bairro e a segunda questão se existe algum aspecto, que não foi referenciado ao longo do questionário.

7.4.1-Validação do Instrumento de Recolha de Dados

Existia inicialmente um instrumento de colheita de dados validado sobre este tema, que estava a ser aplicado pelos enfermeiros da UCSP - da Torre da Marinha á população residente no Bairro.

Posteriormente, foi necessário efectuarmos alterações no questionário já existente, de modo a estruturarmos melhor as questões, permitindo adquirir mais dados para caracterizar a população do Bairro 1º de Maio. Foram também introduzidas 4 novas questões nomeadamente na área da Saúde. Após as referidas alterações este foi validado pela Enfª Orientadora e pela Professora Tutora, com o objectivo de aferir a

adequação e pertinência das questões, relativamente à problemática em estudo e aos respectivos objectivos, pelo que não sentimos necessidade de proceder a novo pré-teste.

7.4.2-A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Os questionários foram inicialmente aplicados aos residentes do Bairro, numa primeira fase na Unidade Móvel e posteriormente na Associação de Moradores. Iniciámos a aplicação do instrumento de colheita de dados no dia 20 de Abril e terminámos a 20 de Junho de 2009. O seu preenchimento ocorreu, ao final do dia de modo a abranger um maior número de pessoas. Em relação à população com uma actividade laboral semanal, os questionários foram aplicados ao fim-de-semana. O tempo médio na aplicação de cada questionário não ultrapassou os 15 minutos. Durante a sua realização mostramo-nos disponíveis para esclarecer alguma dúvida que o formulário pudesse suscitar.

Segundo as exigências éticas de um trabalho de investigação, durante a implementação do questionário tivemos em atenção os seguintes aspectos:

- Fornecemos aos inquiridos toda a informação solicitada e necessária, para a posterior aceitação ou não da sua participação;
- Garantimos anonimato e confidencialidade das informações;
- Informámos os inquiridos que se poderiam retirar do estudo, se assim o desejassem, sem que daí adviesse qualquer dano, não implicando tal situação prejuízo no seu atendimento.

7.5-TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados foi realizado tendo por base a abordagem quantitativa e desta investigação. Assim, antes de proceder ao tratamento e análise dos dados começámos por enumerar os questionários de 1 a 55.

De seguida, elaborámos uma base de dados recorrendo ao programa Excel da Microsoft, base essa para onde transcrevemos toda a informação obtida nas respostas dos 55 questionários.

Posteriormente, o tratamento dos dados foi efectuado através de uma estratégia de análise estatística, utilizando o programa acima descrito e o Word, também da Microsof.

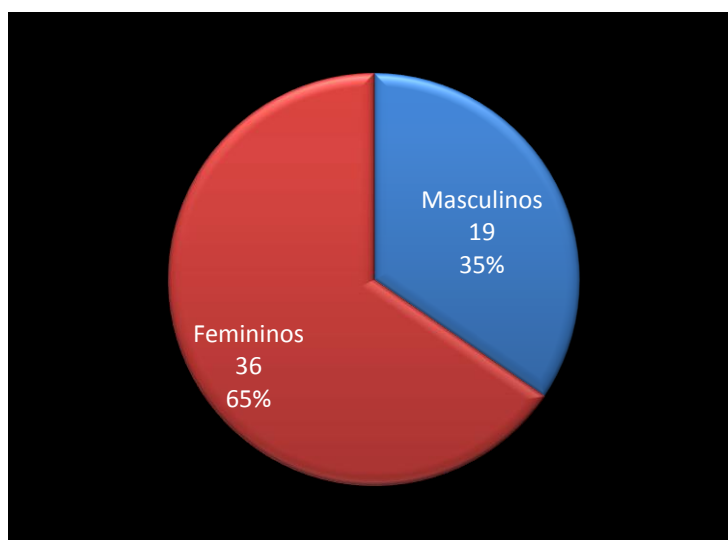
8-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, seguiu-se o tratamento de dados através da estatística descritiva, tendo por base o problema desta investigação. A apresentação dos dados obtidos, será realizada através de gráficos, associados a texto narrativo, que analisa e os confronta com o enquadramento teórico. Pretendemos desta forma, fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão.

- Responderam ao questionário 55 pessoas, todas elas residentes no Bairro 1º de Maio.

Pela análise do gráfico 2, constatámos que das 55 pessoas inquiridas, 65% (36) são do sexo feminino e 35% (19) do masculino. No nosso país, segundo os censos de 2001, residirem em Portugal 10 355 824 indivíduos, dos quais 4 999 964 eram homens e 5 355 860 eram mulheres.

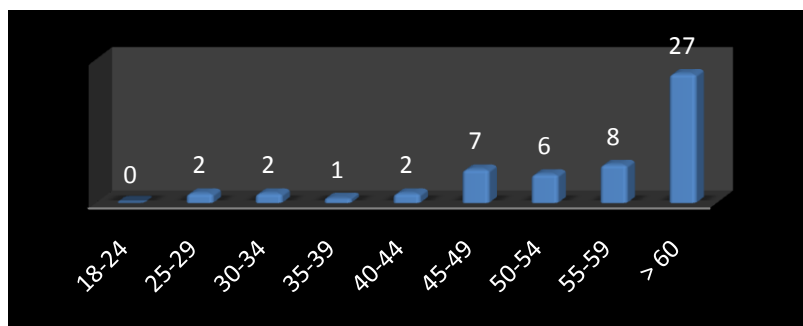
Gráfico 2 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo o **género**



Relativamente ao gráfico 3, verificámos que 49% (27) das 55 pessoas inquiridas têm mais 60 anos de idade. Demonstrando que a população residente no bairro é maioritariamente envelhecida. A justificação para tal facto tem a ver com o forte envelhecimento da população, constituindo um dos aspectos mais marcantes da

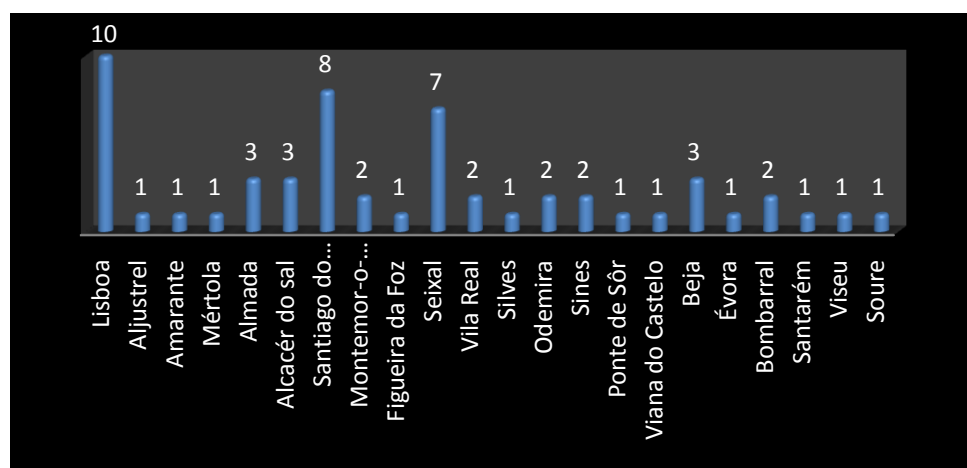
evolução demográfica recente. Segundo os Censos de 2001, a proporção de idosos com mais de 65 anos recenseados ultrapassou pela primeira vez a dos jovens – menores de 14 anos.

Gráfico 3 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **idade**



Atendendo ao gráfico 4, verificámos que 18% (10) dos habitantes inquiridos são naturais de Lisboa, seguindo-se 15% (8) naturais de Santiago do Cacém, e posteriormente 13% (7) naturais do Município do Seixal. Estes dados permitiram-nos concluir que 36% (20) habitantes inquiridos são oriundos da Área Metropolitana de Lisboa.

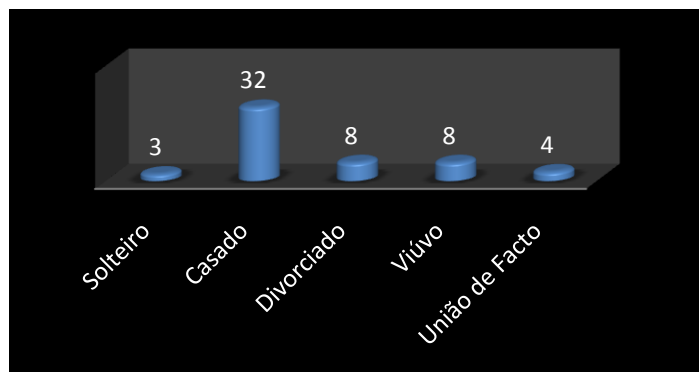
Gráfico 4 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **naturalidade**



● Dos 55 habitantes inquiridos, todos são de nacionalidade **Portuguesa**.

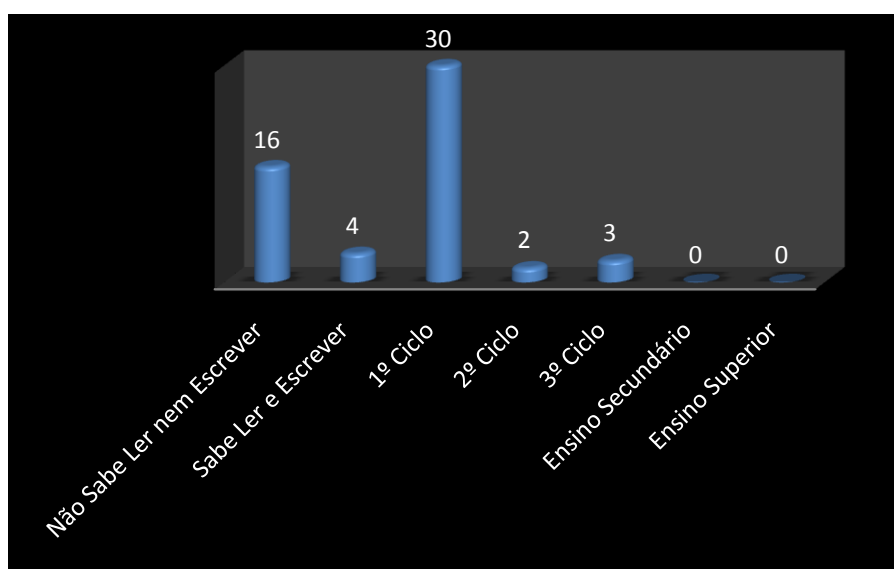
Na observação do gráfico 5, verificámos que 58% (32) habitantes inquiridos são casados. Ou seja, é o estado civil que engloba o maior número de pessoas. Da análise da variável estado civil, constatámos que a população residente em Portugal em 2001, revela que cerca de 49,7% da população Portuguesa encontrava-se casada com registo.

Gráfico 5 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo o **estado civil**



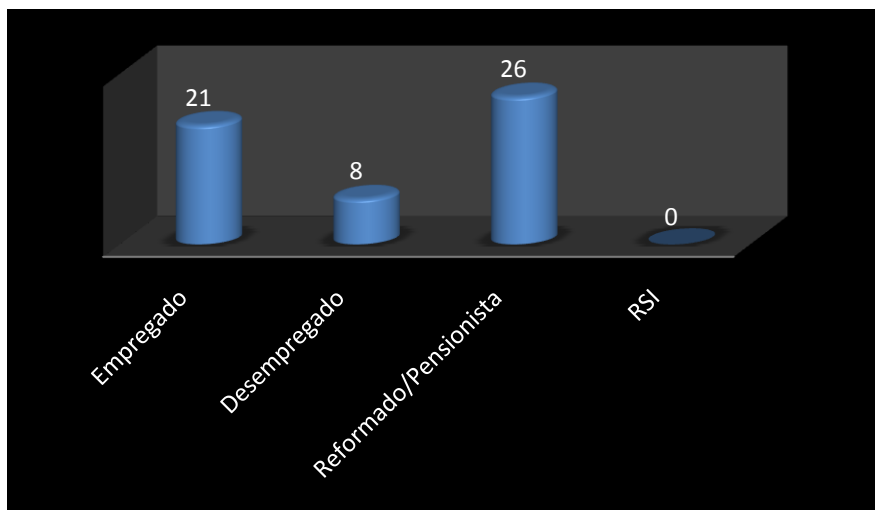
Relativamente ao gráfico 6, constatámos que 100% (55) das pessoas inquiridas, 55% (30) têm como habilitações literárias o 1º Ciclo, logo seguidas de 29% (16) que são analfabetas.

Gráfico 6 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo as **habilitações literárias**



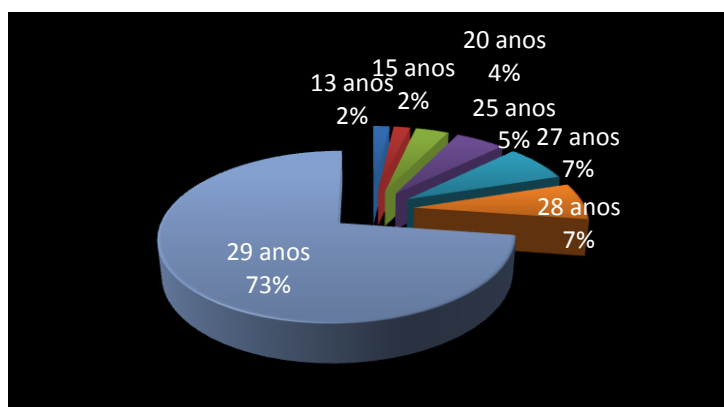
Pela observação do gráfico 7, verificámos que 100% (55) das pessoas inquiridas, 47% (26) são reformadas ou pensionistas, seguidas de 38% (21) que estão empregadas. Constatámos ainda, que dos habitantes inquiridos no Bairro, nenhum recebe o RSI (Rendimento Social de Inserção).

Gráfico 7 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **situação laboral**



Relativamente ao gráfico 8, verificámos que 100% (55) dos inquiridos, 73% (40) residem no Bairro há mais de 29 anos, ou seja desde a data da sua construção.

Gráfico 8 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo os anos de **residência no bairro**



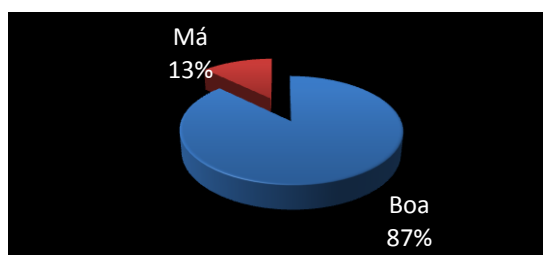
Relativamente ao gráfico 9, verificámos que a totalidade 100% (55) dos inquiridos possuem água e electricidade nas suas habitações.

Gráfico 9 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo o **fornecimento de água e electricidade**



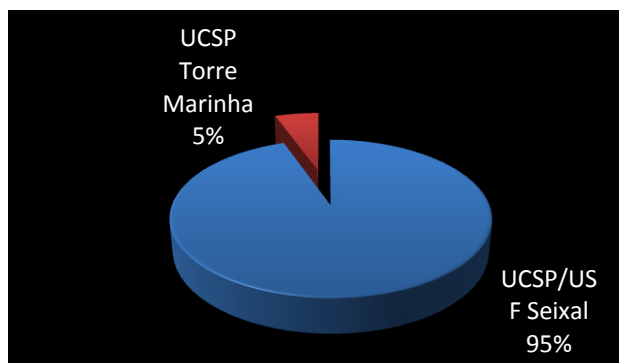
Ao analisar o gráfico 10, verificámos que 87% (48) dos inquiridos considera que a sua casa está em bom estado de conservação.

Gráfico 10– Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a forma como consideram o **estado de conservação da sua habitação**



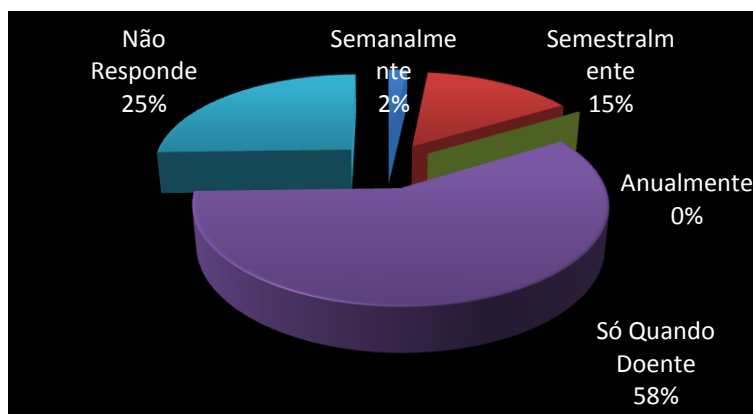
Pela análise do gráfico 11, verificámos que 95% (52) dos inquiridos estão inscritos na UCSP/USF do Seixal e 5% (3) na UCSP da Torre da Marinha.

Gráfico 11 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a sua **inscrição na UCSP/USF do Seixal/UCSP Torre da Marinha**



Considerando o gráfico 12, verificámos que a maioria dos habitantes inquiridos, só recorrem ao médico quando estão doentes, o que corresponde a uma percentagem de 58% (32).

Gráfico 12 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **frequência de ida ao médico**



Atendendo ao gráfico 13, constatámos que 22% (12) dos inquiridos costuma consultar os enfermeiros no Centro de Saúde, o que corresponde a menos de um quarto da população.

Gráfico 13– Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **Consulta de Enfermagem no Centro de Saúde**



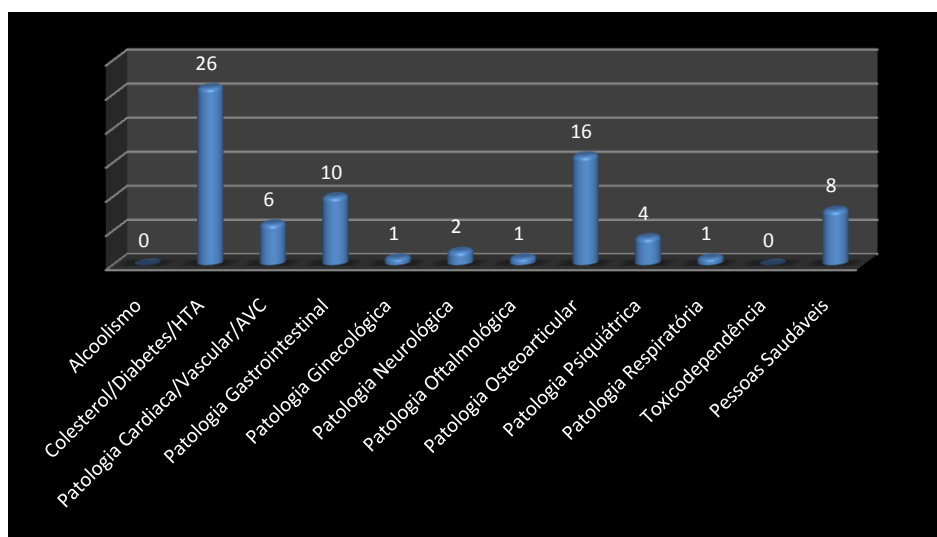
Relativamente ao gráfico 14, verificámos que 34% (19) dos inquiridos possuem boletim de vacinas actualizado e os restantes 66% (36) ou não têm ou não respondem à questão.

Gráfico 14 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **actualização do boletim de vacinas**



A partir do gráfico 15, verificámos que 100% (55) das pessoas inquiridas, 35% (26) têm colesterol/diabetes/HTA(hipertensão arterial), seguidas de 21% (16) com patologia osteoarticular e 14% (10) apresentam patologia gastrointestinal.

Gráfico 15 – Distribuição dos **habitantes inquiridos** segundo a **sua patologia**

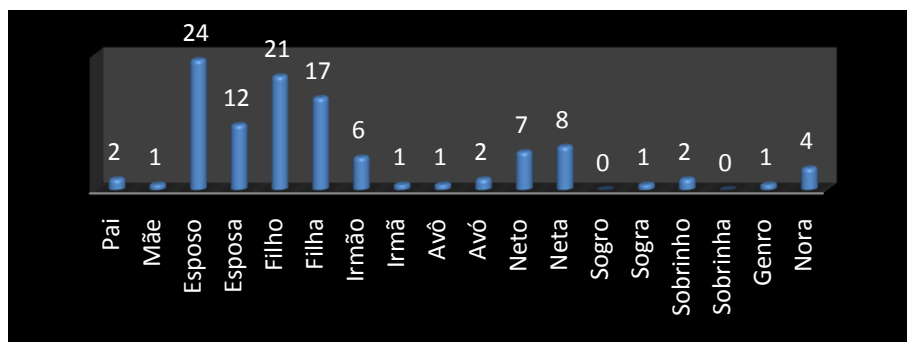


●Relativamente à caracterização do **agregado familiar** este é composto por 110 pessoas (grande total), mais as 55 inquiridas (total parcelar), contabilizando assim 165 pessoas que constituem a população total abordada neste estudo.

●Relativamente aos gráficos seguintes analisámos os agregados familiares, ou seja as 110 pessoas que os constituem (excluindo sempre os 55 inquiridos).

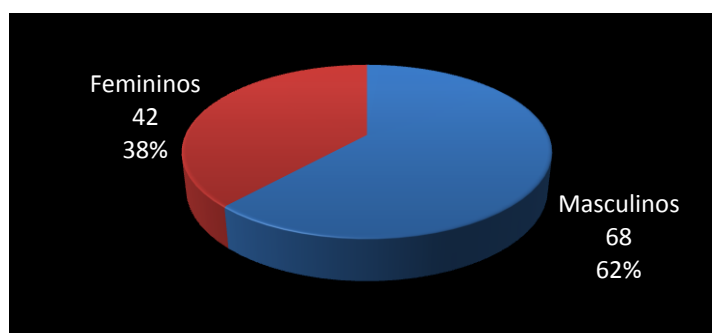
Pelo gráfico 16, verificámos que as famílias do Bairro 1º de Maio são sobretudo nucleares, constituídas por esposos, esposas e filhos 67% (74).

Gráfico 16 – Caracterização do **agregado familiar/relação de parentesco com o inquirido**



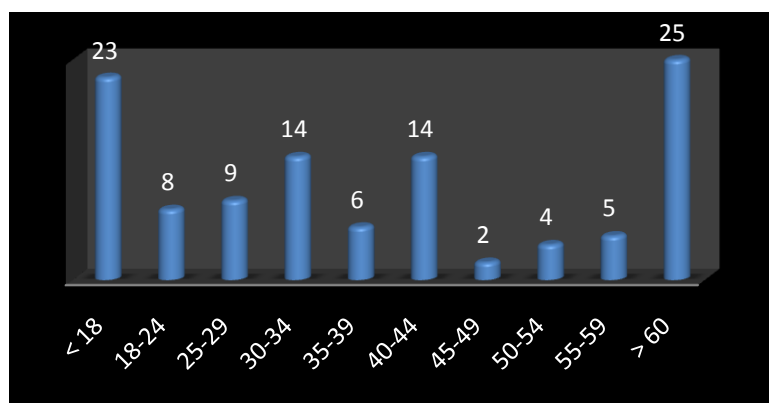
Relativamente ao gráfico 17, verificámos que a constituição do agregado familiar é maioritariamente do sexo masculino, correspondendo a 62% (68).

Gráfico 17 – Caracterização do **agregado familiar** segundo o **género**



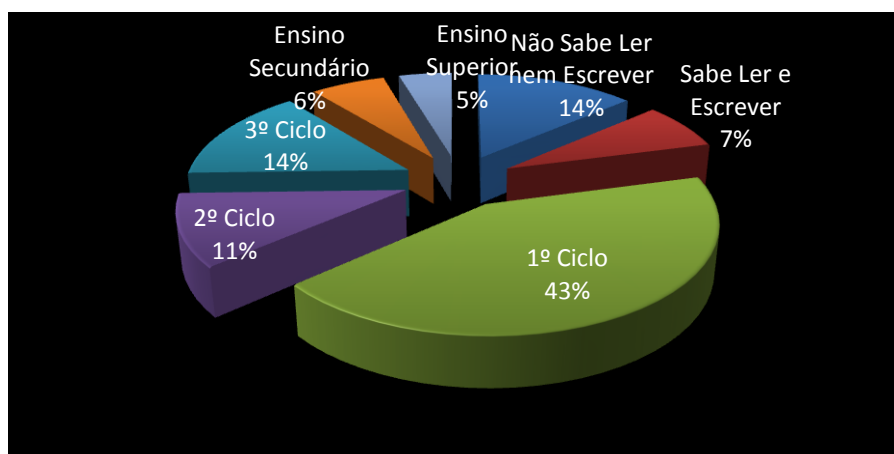
Atendendo ao gráfico 18, verificámos que das 110 pessoas que constituem os vários agregados familiares, constatámos que são predominantes os grupos menores de 18 anos de idade, que correspondem a 21% (23) e os maiores de 60 anos a 23% (25).

Gráfico 18 – Caracterização do **agregado familiar** segundo a **idade**



Considerando o gráfico 19, verificámos que das 110 pessoas que constituem os vários agregados familiares, destacou-se como grau de escolaridade predominante o 1º Ciclo com 43% (47) das pessoas, no entanto encontramos cerca de 14% (15) das pessoas que não sabem ler nem escrever em igual número com os que possuem o 3º Ciclo. Verificámos também que nos agregados familiares existem 5% (5) das pessoas que são detentoras de Cursos Superiores.

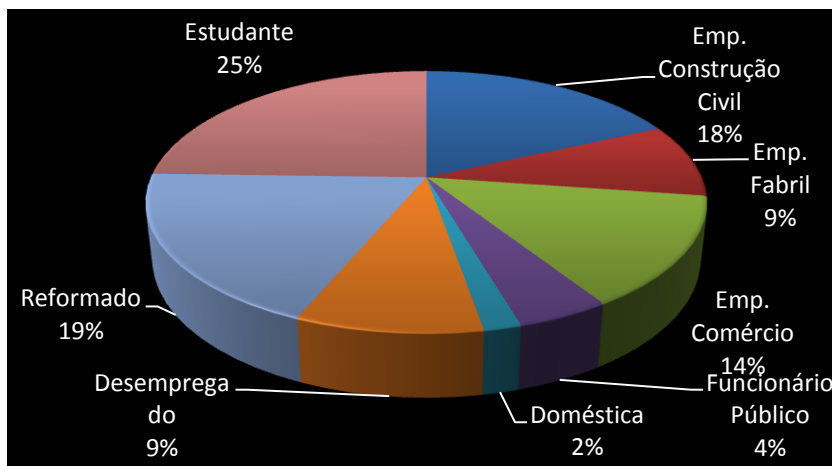
Gráfico 19 – Caracterização dos **agregados familiares** segundo a **escolaridade**



Pela análise do gráfico 20, verificámos que das 110 pessoas que constituem o agregado familiar, um quarto da população, 25% (27) é estudante. Analisámos também que o agregado familiar é composto por 19% (21) de pessoas reformados e que a

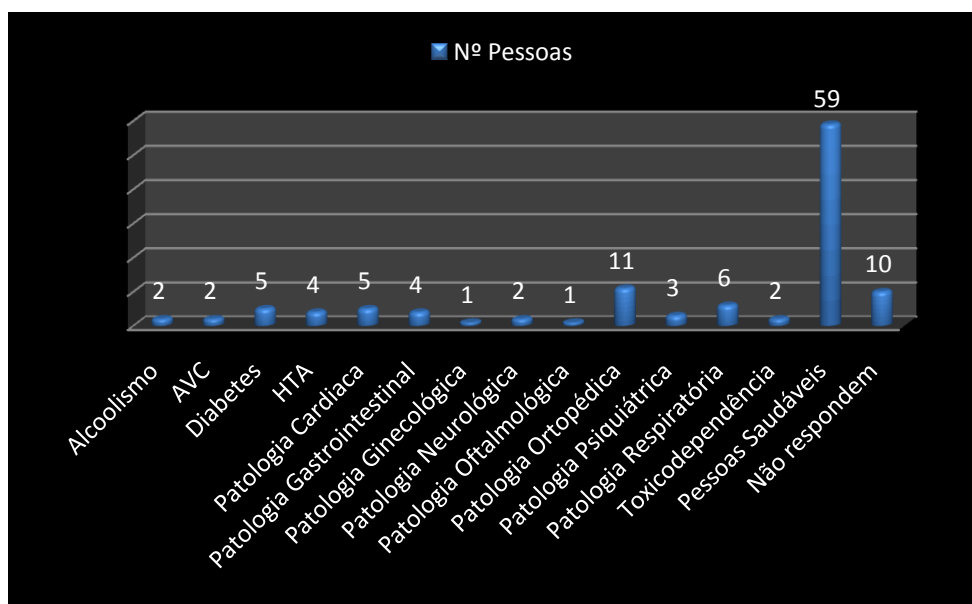
população activa trabalha predominantemente na construção civil, contabilizando 18% (20).

Gráfico 20– Caracterização dos **agregados familiares** segundo a **profissão**



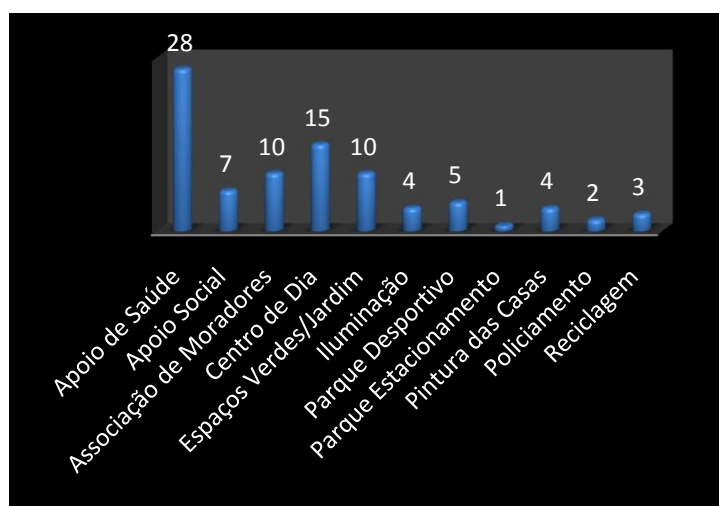
A partir do gráfico 21, constatámos que das 110 pessoas que constituem os agregados familiares, 50% (59) consideram-se saudáveis, 9% (10) não responderam à questão e 4% (4) pessoas tem comportamentos aditos.

Gráfico 21 – Distribuição dos habitantes dos **agregados familiares** segundo as **patologias existentes**



De acordo com o gráfico 22, foram identificadas 11 prioridades de intervenção pelos 55 residentes inquiridos. Constatámos que 31% (28) inquiridos entendem como sendo prioritário o apoio de saúde, seguindo-se 17% (15) que definem como prioridade a construção de um Centro de Dia. Fazem referência à Associação de Moradores 11% (10) inquiridos, sendo o mesmo número a referir que os Espaços Verdes/Jardins são uma infra-estrutura prioritária. Salientamos o facto dos 55 inquiridos fazerem referência a mais do que uma infra-estrutura prioritária pelo que não temos igual número de infra-estruturas prioritárias, mas a referência a 89.

Gráfico 22– Prioridades de intervenção no Bairro 1º de Maio



Em resumo:

- População Inquirida: (55 pessoas)
 - 100% (55) da população inquirida é de Nacionalidade Portuguesa;
 - 65% (36) da população inquirida é do sexo feminino;
 - 49% (27) das pessoas tem mais de 60 anos;
 - 36% (20) das pessoas são naturais da Área Metropolitana de Lisboa;
 - 58% (32) das pessoas são casadas;
 - 55% (30) das pessoas possuem o 1º ciclo e 29% (16) não sabem ler nem escrever;

- 47% (26) das pessoas são reformadas/pensionistas, 38% (21) empregadas e 15% (8) desempregadas;
- 73% (40) dos inquiridos residem à 29 anos no Bairro 1º de Maio;
- 100% (55) da população inquirida tem água e luz;
- 87% (48) da população inquirida considera a sua habitação com bom estado de conservação;
- 95% (52) da população inquirida está inscrita nas 2 USF e na UCSP do Seixal e 5% (3) está inscrita na UCSP da Torre da Marinha;
- 58% (32) da população inquirida vai ao médico quando está doente;
- 22% (12) da população inquirida consulta os enfermeiros nos centros de saúde;
- 34% (19) da população inquirida tem boletim de vacinas actualizado;
- 35% (26) pessoas inquiridas têm colesterol/diabetes/HTA, 21% (16) patologia osteoarticular e 14% (10) patologia gastrointestinal.

● População dos Agregados Familiares: (110 pessoas)

- 62% (68) das pessoas do agregado familiar são do sexo masculino;
- 23% (25) pessoas do agregado familiar tem mais de 60 anos e 21% (23) menos de 18 anos;
- 43% (47) das pessoas do agregado familiar possuem o 1º ciclo e 5% (5) o ensino superior;
- 25% (27) da população do agregado familiar é estudante, 19% (21) está reformada e 9% (10) desempregada;
- 50% (59) pessoas consideram-se saudáveis, 9% (10) não respondem e 4% (4) tem comportamentos aditos.

9-PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO

Um dos aspectos importantes que preocupa a população do Bairro 1º de Maio, é sem dúvida a falta de ocupação das pessoas idosas, em que a solidão é a sua principal companhia. As crianças também não possuem nenhum espaço para actividades de tempos livres, ficando habitualmente a brincar na rua.

No que diz respeito às necessidades de intervenção prioritárias no Bairro 1º de Maio, estas são descritas seguidamente. É de referirmos, que esta listagem de prioridades não decorreu só do tratamento e análise dos dados referentes ao inquérito por questionário, mas também pela observação participante, pela nossa presença e enquanto prestávamos cuidados á população do Bairro 1º de Maio.

Lista de prioridades de intervenção para o Bairro 1º de Maio:

- ☺ Construção e remodelação de zonas de lazer;
- ☺ Construção de Centro de dia;
- ☺ Doenças emergentes relacionadas com comportamentos aditos;
- ☺ Prevenção de acidentes de vária ordem: (parque infantil com baloiços danificados, ruas com piso irregular);
- ☺ Eliminação de algumas barreiras arquitectónicas, minimizando os acidentes;
- ☺ Vacinação da população;
- ☺ Sessões de educação para a saúde relativos alcoolismo, vacinação, promoção de estilos de vida saudáveis;
- ☺ Intervir no encaminhamento dos desempregados para a Assistente Social;
- ☺ Desinfestação de algumas residências, vacinação dos animais pertencentes aos residentes.

10- CONCLUSÃO

Este trabalho, tem sem dúvida rodas para caminhar ao encontro das necessidades de intervenção da população residente no Bairro 1º de Maio.

No início deste trabalho, a população mostrou-se muito receptiva e colaborante, ajudando diáriamente a caracterizar e a identificar quais os problemas existentes no Bairro. Constatámos que a população idosa com mais de 60 anos, constitui um papel importante e acredita na importância deste projecto. Quanto á população jovem com menos de 18 anos é mais contida nos comentários referentes ao mesmo.

É importante referirmos, que este projecto continua a ser trabalhado e aperfeiçoado diáriamente com as pessoas do Bairro, pois todos os dias à situações novas às quais tentamos dar resposta, por esse motivo pensamos que é um projecto com prioridades de intervenção identificadas, algumas a longo prazo.

Sendo importante a participação de todos na resolução das necessidades identificadas, muitas vezes é necessário melhorar e articular com vários recursos da comunidade de modo a obtermos ganhos em saúde e ganhos para a população.








É de referimos que, estamos de acordo com HANSON, ao referir que *“Os enfermeiros de saúde pública na comunidade interagem frequentemente em arenas da política local e estatal, ao alertarem os legisladores para os problemas de saúde nas suas comunidades. Os enfermeiros podem testemunhar directamente os efeitos que estes problemas de saúde têm sobre as famílias dentro da comunidade”* (2001, p.381).

Deste modo devemos referir que continuamos, com entusiasmo este trabalho, aguardando a resolução das prioridades identificadas pela população do Bairro, resultantes do diagnóstico de situação.

Consideramos que este trabalho contribuiu para um aumento de conhecimentos, quer a nível da metodologia de investigação, quer na área do tema em estudo.

Norteando-nos a uma intervenção de enfermagem global e mais eficaz nesta população específica.

11-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-  **Agricultura e Espaços Rurais no Concelho do Seixal-** Câmara Municipal do Seixal-Ecomuseu Municipal, 1992.
-  AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de; **Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**, 9ª ed.-Lisboa: UCP, 2008.-180p.
-  CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro- **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto- aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353 p. ISBN 972-674-231-5.
-  COSTA, Maria Armanda; **Cuidar Idosos-Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**. 2ª ed. Coimbra 2006. Formasau.
-  FORTIN, Marie-Fabienne- **O Processo de Investigação**. Loures: Ed. Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10.
-  HANSON, Shirley; - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família- Teoria, Prática e Investigação**, Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-83-5.
-  LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade- **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994. 235 p. ISBN 85-224-0714-2.

📖 LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade- **Técnicas de Pesquisa**.
2ª ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p. ISBN 85-224-8601-4.

📖 LANCASTER, Jeanette- História da Saúde e Enfermagem Comunitária. In
STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette- **Enfermagem Comunitária:
Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**, Lisboa : Lusociência,
1999. Cap.1. p.3-19. ISBN 972-8383-05-3.

📖 PEREIRA, João- **O Tejo e a Margem Sul na Poesia Portuguesa**- Câmara
Municipal do Seixal, 1993.

📖 POLLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P.- **Fundamentos de Pesquisa em
Enfermagem**, 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. ISBN 85-7307-
101.

📖 QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van-**Manual de Investigação em
Ciências Sociais**. 2ª edição. Lisboa: Ed. Gradiva, Janeiro 1998. 282p. ISBN 972-
662-275-1.

📖 SOCZKA, L- Representações sociais, relações intergrupos e identidades
profissionais dos psicólogos. **Psicologia**. VI: 2 (1988), 253-255

📖 **Endereços Electrónicos:**

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

<http://alea-estp.ine.pt/htm/actual/html/act 27. html>

http://www.cmseixal.pt/CMSEIXAL/URBANISMO/PDM/Navegacao_Secundaria/ESTATISTICAS/

<http://cinema.sapo.pt/filme/as-operações-saal/detalhes>

<http://www.redecidadessaudaveis.com>

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Colheita de Dados



PROJECTO SAÚDE SOBRE RODAS



INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO

Torre da Marinha

Abril 2009



PROJECTO SAÚDE SOBRE RODAS

ENTREVISTAS COM VISTA AO PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO NO BAIRRO 1º DE MAIO (ARRENTELA)

A Equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Torre da Marinha “Centro de Saúde”, conjuntamente com a Câmara Municipal do Seixal, pretende desenvolver um projecto de intervenção comunitária aqui no Bairro 1º de Maio.

Reside no Bairro ?

SIM NÃO

Através deste projecto pretendemos prestar apoio às famílias deste Bairro, proporcionando-lhe alguns cuidados em termos de saúde.

Para podermos planear a nossa intervenção, gostaríamos de lhe colocar algumas questões. O questionário é totalmente anónimo, isto é, não iremos perguntar nem registar o seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique.

A-CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1.Sexo M F

2.Idade

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 18-24 anos | <input type="checkbox"/> 45-49 anos |
| <input type="checkbox"/> 25-29 anos | <input type="checkbox"/> 50-54 anos |
| <input type="checkbox"/> 30-34 anos | <input type="checkbox"/> 55-59 anos |
| <input type="checkbox"/> 35-39 anos | <input type="checkbox"/> Superior a 60 anos |
| <input type="checkbox"/> 40-44 anos | |

3. Naturalidade: _____

4. Nacionalidade:_____

5. Estado Civil:

- Solteiro Casado Divorciado Viúvo
 União de Facto

6. Habilitações Literárias:

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever
 1º ciclo
 2º ciclo
 3º ciclo
 Ensino Secundário
 Ensino Superior
 Outros

Especificar:_____

7. Situação Laboral:

- Empregado Especificar:_____
- Desempregado
- Reformado/Pensionista (riscar o que não interessa)
- RSI

8. Número de pessoas do agregado familiar (incluindo o próprio):_____

9. Caracterização do agregado familiar:

Relação de parentesco com o entrevistado	Sexo (M ou F)	Idade	Escolaridade (último ano concluído)	Profissão

B-HABITABILIDADE

10. Há quanto tempo reside neste Bairro? _____

11. Possui água canalizada?

Sim Não

12. Possui instalação eléctrica?

Sim Não

13. Como considera o estado de conservação da sua habitação (tipo de habitação, nº de divisões da habitação)

C-SAÚDE

14. O que entende por Saúde?

15. Está inscrito em algum Centro de Saúde?

- Sim Qual? _____
- Não

16. Possui Médico de Família?

- Sim
- Não

17. Com que frequência vai ao médico:

- Semanalmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Só quando está doente

18. Costuma consultar o/a Enfermeiro/a no Centro de Saúde?

Sim

Não

19. Tem o seu boletim de vacinas actualizado?

Sim

Não

20. Possui algum problema de saúde?

21. Problemas de saúde das outras pessoas do agregado familiar:

Relação de parentesco com o entrevistado	Problema (s) de saúde

D- IMPORTÂNCIA DESTE PROJECTO

22. No seu entender que infra-estruturas são prioritárias neste Bairro?

- Parque de Estacionamento
- Associação de Moradores
- Reciclagem
- Iluminação
- Policiamento
- Espaços verdes/ Jardim

23. Existe algum aspecto, que não foi referenciado ao longo do questionário?

Muito obrigado pela colaboração!

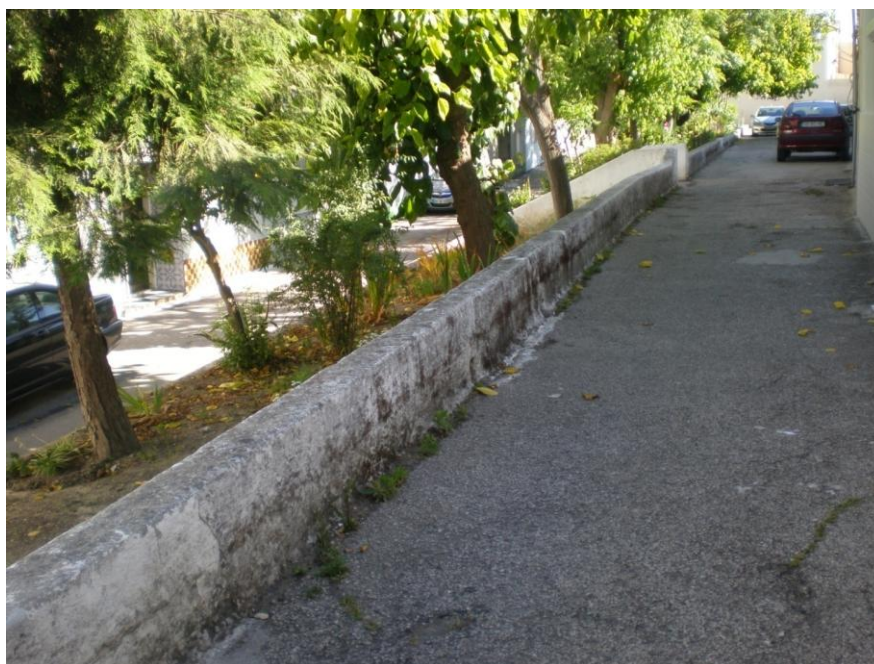
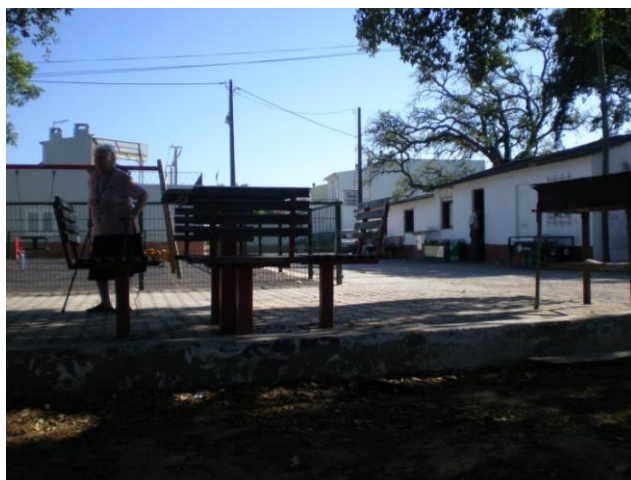
ANEXO B-Fotos do Bairro 1º de Maio



Ruas do Bairro 1º de Maio



Imagens do Bairro



Imagens da Rua Jorge de Sena



Habitações com má conservação na Rua Jaime Cortesão



Imagens da Rua Jaime Cortesão

Associação de Moradores



Placa Informativa Junto ao Parque Infantil no Bairro 1º de Maio



Imagem de mesa danificada existente no Parque Infantil do Bairro 1º de Maio



Imagem de cadeiras danificadas existentes no Parque Infantil
do Bairro 1º de Maio



Imagens de Baloios danificados no Parque Infantil do Bairro 1º de Maio

Imagens Nocturnas



Contrastes





“A vida para ser bela
É para olhar e ver
Para escutar e ouvir
É pintar uma aguarela;
Sem pressa de terminar
E construir sem saber
Os degraus para subir
Com jeito, sem escorregar
Para saborear, e sorrir...”



Eugénia Chaveiro

ANEXO IV – Folha de Registo dos Residentes do Bairro 1º de Maio

ANEXO V – Folha de Registo dos Questionários Efectuados

ANEXO VI – Sessões de Educação para a Saúde na Diabetes/Hipertensão e Colesterol

Plano da Sessão

Tema:

Alimentação Saudável na Diabetes e na Hipertensão Arterial.

Local e data de apresentação:

19/11/09 – Associação de Moradores do Bairro 1º de Maio.

A quem se destina:

População residente no Bairro 1º de Maio com Diabetes e/ou Hipertensão Arterial.

Objectivos:

- Clarificar a importância de uma alimentação saudável na gestão do tratamento da Diabetes e da Hipertensão Arterial;
- Promover a prática de uma alimentação saudável, adequada às patologias, Diabetes e Hipertensão Arterial;
- Melhorar os conhecimentos da População residente no Bairro 1º de Maio sobre a Diabetes e a Hipertensão Arterial;

	Conteúdos	Metodologias	Tempo	Observações
Introdução	- Apresentação; - Tema;	Expositiva	2 min	Enfª Sónia A.E: Pedro
Desenvolvimento	- Conceito e incidência da Diabetes; - Tipos, Sintomas e Complicações da Diabetes	Expositiva	5 min	Enfª Sónia

	- Alimentação adequada à Diabetes	Expositiva	10 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro
	- Conceito e incidência da Hipertensão Arterial; - Causas, sintomas e factores de risco da Hipertensão Arterial;	Expositiva	5 min	A.E: Pedro
	- Prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial; - Alimentação adequada à Hipertensão Arterial;	Expositiva	10 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro
Avaliação	Questionário		5 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro



Alimentação Saudável na Diabetes e Hipertensão



Bairro 1º de Maio

Realizado por:

Enfª Discente: Sónia Dias
Aluno do 4º Ano: Pedro Teixeira
Enfª Orientadora: Inês Duarte



Novembro de 2009



DIABETES



∞ O que é a Diabetes?

- A diabetes é uma doença crónica, caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glucose) no sangue. A quantidade de glucose no sangue, chama-se glicémia. Ao aumento da glicémia, chama-se hiperglicémia.
- A diabetes é uma situação muito frequente na nossa sociedade e a sua frequência aumenta muito com a idade, atingindo os 2 sexos. Em Portugal, calcula-se que existam entre 400 a 500 mil pessoas com diabetes.

TIPOS DE DIABETES

Existem vários tipos de diabetes, mas de longe, a mais frequente (90% dos casos) é a chamada –Diabetes Tipo 2.



⇒ Diabetes Tipo 1

A diabetes tipo 1, também conhecida como Diabetes insulino-dependentes, tem início na infância ou na adolescência, mas pode aparecer noutras idades. Provocada pela falta de insulina no organismo, este tipo de diabetes não está relacionado directamente com hábitos de vida ou de alimentação errados, como acontece na Diabetes tipo 2.

As pessoas com Diabetes tipo 1 necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida.

⇒ Diabetes Tipo 2

A Diabetes Tipo 2 (não insulino-dependentes) surge habitualmente em idades mais avançadas e é dez vezes mais frequente que a Tipo 1.

Caracteriza-se pela associação da falta parcial da produção de insulina com aproveitamento inadequado da mesma (resistência à acção da insulina). Uma alimentação cuidada e exercício físico são a base do tratamento. No entanto, pode vir a ser necessário recorrer a comprimidos, insulina ou ambos.

A Diabetes Tipo 2 tem geralmente sintomas menos evidentes que a Diabetes Tipo 1 e pode passar despercebida durante muito tempo. É frequente existirem outras pessoas na família com Diabetes.

⇒Diabetes Gestacional

Durante a gravidez há um aumento de hormonas que são produzidas pela placenta, e que têm uma acção oposta à insulina. Para contrabalançar este efeito o pâncreas aumenta a sua produção de insulina e em algumas mulheres- em média, 5% das mulheres grávidas- este aumento não se produz de forma adequada, provocando um acréscimo exagerado dos níveis de glucose (hiperglicémia). É esta alteração, na esmagadora maioria dos casos, transitória durante a gravidez, que se designa por diabetes gestacional.

⇒Diabetes Tipo Mody (Maturity-Onset Diabetes of the young)

Afecta adultos jovens mas também crianças. Apresentam-se como característica de Diabetes Tipo 2 e são causadas por uma mutação genética

que leva a uma alteração da tolerância à glucose. São situações muito raras.



SINTOMAS



Os sintomas mais frequentemente associados à diabetes são:

- urinar em grande quantidade e mais vezes do que o normal;
- sede constante e intensa;
- fome constante e difícil de saciar;
- sensação de boca seca;
- fadiga;
- comichão no corpo (sobretudo ao nível dos órgãos genitais);
- visão turva;

Quando a glicémia é muito elevada (hiperglicémia), podem existir sintomas típicos:

- ♦ Urinar em grande quantidade e mais vezes- **POLIÚRIA**
- ♦ Sede constante e intensa-**POLIDIPSIA**;
- ♦ Sensação de boca seca- **XEROSTOMIA**;
- ♦ Perda de Peso;
- ♦ Fadiga;
- ♦ Comichão (prurido) no corpo (sobretudo ao nível da região genital);
- ♦ Visão turva.

Quando a glicemia é muito baixa (hipoglicemia), podem existir sintomas típicos :

- ♦ Fome constante e difícil de saciar- **POLIFAGIA**;
- ♦ Tremores e/ou suores frios;
- ♦ Sensação de fraqueza;
- ♦ Dores de cabeça;
- ♦ Palpitações;
- ♦ Nervosismo;
- ♦ Modificações de comportamento.

Se a situação não for corrigida pode surgir a visão desfocada, dificuldade em falar, confusão mental e perdas de memória.

COMPLICAÇÕES DA DIABETES

- ☞ Olhos;
- ☞ Sistema Nervoso;
- ☞ Doenças cardiovasculares;
- ☞ Rins;
- ☞ Intestinos;
- ☞ Bexiga;
- ☞ Aterosclorose;
- ☞ Alterações da sensibilidade;
- ☞ Feridas nos pés.



ALIMENTAÇÃO NA DIABETES

O que deve fazer:

☞ Alimentação fraccionada :

- respeitar o horário das refeições;
- evitar comer muito de cada vez;
- dividir os alimentos por 6 a 8 refeições ao dia;
- comer devagar;



☞ Beber pelo menos 1,5l de água por dia;

☞ Evitar o consumo de açúcar, mel, compotas, marmelada, bolos, pudins, refrigerantes, frutas cristalizadas e frutos secos (passas, figos, ameixas);

☞ Evitar o consumo de carnes gordas, charcutaria, caldos de carne, salgados (especialmente folhados), fritos, natas, chocolates, queijos gordos, batatas fritas;

☞ Realizar alimentação equilibrada :

- Consumir de preferência alimentos de absorção lenta (amido),
- Consumir massa, arroz, leguminosas, grão, feijão, favas, ervilhas, lentilhas, batata, pão de mistura ou integral,
- Ingerir leite (meio-gordo ou magro), iogurte, queijo magro, ovos (não fritos), carne magra,
- Preferir o azeite (para temperar e cozinhar),



- Consumir peixe (de preferência peixe gordo como por exemplo: carapau, sardinha, cavala, bezugo, peixe espada preto, salmão, sarda, enguia e atum,
- Ingerir diariamente muitos legumes e hortaliça (na sopa, cozidos, estufados ou em saladas),
- Reduzir o consumo de sal,
- Evitar as bebidas alcoólicas, doces e a ingestão excessiva de café.
- Consumir fruta (2 a 3 peças por dia), devem ingerir-se juntamente com alimentos de absorção lenta (bolachas).



Em Resumo:

⇒ A diabetes é uma doença crónica, causada pela falta de insulina ou pela sua fraca acção. A insulina é necessária para levar a glicose a todas as partes do corpo;

⇒ Níveis elevados de glicose no sangue ao longo dos anos provocam lesões nos olhos, nos rins, nos vasos, no coração e no sistema nervoso: complicações crónicas da diabetes;

⇒ O diabético deve ser cuidadoso com a dose dos medicamentos, tratar bem todas as infecções, beber água e alimentar-se com frequência.;

⇒ Do tratamento da diabetes fazem parte não só os medicamentos mas também o exercício físico e a alimentação;



⇒ Os diabéticos têm com frequência tensão arterial e colesterol elevados que também necessitam de tratamento;

⇒ O doente diabético deve conhecer-se a si e à sua doença;

⇒ Um diabético bem controlado é uma pessoa como qualquer outra, capaz de fazer a sua vida sem limitações.



BIBLIOGRAFIA

- <http://www.dgs.pt/>
- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>
- <http://www.fpcardiologia.pt/default.aspx>
- http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/576/
- <http://www.conhecersaude.com/dietas/3048-Dieta-para-doentes-com-hipertenso-arterial.html>
- <http://www.gastronomias.com/diabetes/viver.htm>
- <http://www.apdp.pt/alimentacao06.asp>
- diabetes@apdp.pt www.apdp.pt



HIPERTENSÃO ARTERIAL



- Em Portugal existem cerca de 2 milhões de hipertensos e apenas metade tem conhecimento;
- É uma doença na qual os valores de tensão arterial (força exercida pelo sangue nas paredes das artérias) são elevados – superiores a 140/90 mm/Hg;

HIPERTENSÃO ARTERIAL

- **Causas:**
 - 90% com causa desconhecida;
 - Idade superior a 65 anos e hereditariedade;
- **Factores de risco:**
 - Obesidade;
 - Consumo exagerado de sal e álcool;
 - Sedentarismo;
 - Má alimentação;
 - Tabagismo;
 - Stress.



• *COMO PREVENIR?*



- Redução da ingestão de sal na alimentação;
- Prática de uma alimentação saudável;
- Prática de exercício físico (ex. marcha);
- Consumo moderado do álcool;
- Cessação do hábito de fumar;
- No caso dos indivíduos obesos é aconselhável uma redução de peso.

SINTOMAS ASSOCIADOS

- Nos primeiros anos a hipertensão normalmente não provoca sintomas;
- Cefaleias e tonturas são os sintomas mais frequentes;
- Com o decorrer dos anos, a hipertensão arterial acaba por lesar os vasos sanguíneos e os órgãos vitais (cérebro, coração e rins).



TRATAMENTO

- A Hipertensão é uma doença crónica, mas que pode ser controlada;
- Exercício físico;
- Perder peso;
- Deixar de fumar;
- Reduzir o stress;
- Alimentação Saudável:
 - Diminuição do consumo do sal: substituir por condimentos alternativos, como as ervas aromáticas e o limão;
 - Consumir frutos (ex. banana) e vegetais;
 - Consumir de preferência gorduras saudáveis, vegetais (Azeite);
 - Evitar o consumo de bebidas alcoólicas;



ALIMENTOS ACONSELHADOS

- Queijo branco, pão sem sal e cereais;
- Hortaliças e legumes;
- Massa, batata, arroz e bolachas sem sal;
- Carnes magras e peixes gordos;
- Cozidos e grelhados;
- Alimentos naturais;
- Frutas;
- Substituir gorduras animais por vegetais (óleo de soja ou girassol);
- Temperar com salsa, cebola, orégão, limão, cominho, coentro e alho;



ALIMENTOS NÃO ACONSELHADOS

- Evitar o sal:
- Temperos industriais como ketchup, mostarda e caldos concentrados;
- Álcool e refrigerantes;
- Fritos e gorduras;
- Produtos de pastelaria;
- Conservas;
- Queijo e leite gordo;
- Carnes da salsicharia e charcutaria;
- Peixes secos e salgados;
- Refogados;
- Café puro.



Exemplo de uma alimentação adequada para uma pessoa com hipertensão arterial

- **Pequeno Almoço**
 - Iogurte
 - Um pão integral com manteiga magra e sem sal
- **Meio da manhã**
 - Uma peça de fruta com duas bolachas sem sal
- **Almoço**
 - Sopa de legumes
 - Peru grelhado com alface e tomate
 - Uma peça de fruta
- **Meio da tarde**
 - Um copo de leite magro ou meio gordo
 - Uma torrada com manteiga magra e sem sal
- **Jantar**
 - Sopa de legumes
 - peixe grelhado com batata cozida
 - Salada de frutas

BIBLIOGRAFIA

- <http://www.dgs.pt/>
- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/hipertensao+arterial.htm>
- <http://www.fpcardiologia.pt/default.aspx>
- http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/576/
- <http://www.cm-castanheiradepera.pt/ocastanheirense/1723/alimenta.htm>
- <http://www.conhecersaude.com/dietas/3048-Dieta-para-doentes-com-hipertenso-arterial.html>



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE - SEIXAL E

SESIMBRA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL II

UCSP DA TORRE DA MARINHA



“Alimentação Saudável na Diabetes e na Hipertensão Arterial”

Questionário de avaliação da formação

1-Os diabéticos devem fazer 3 refeições por dia?

Verdadeiro

Falso

2-Na alimentação saudável do diabético faz parte o consumo de mel, açúcar e fritos?

Verdadeiro

Falso

3-Na alimentação do diabético é aconselhável a ingestão de leite meio-gordo ou magro e pão de mistura?

Verdadeiro

Falso

4-Na alimentação do diabético é aconselhável a ingestão de 2 a 3 peças de fruta por dia, acompanhadas por alimentos de absorção lenta (bolachas) ?

Verdadeiro

Falso

5-A carne magra e o peixe gordo fazem parte da alimentação dos diabéticos?

Verdadeiro

Falso

6-As pessoas que têm um consumo excessivo de sal podem vir a desenvolver hipertensão arterial?

Verdadeiro

Falso

7-O álcool, o tabaco e a falta de exercício físico agravam a hipertensão?

Verdadeiro

Falso

8-As pessoas hipertensas devem moderar o consumo de café?

Verdadeiro

Falso

9-Na alimentação dos diabéticos e dos hipertensos é fundamental o consumo de azeite, legumes e água?

Verdadeiro

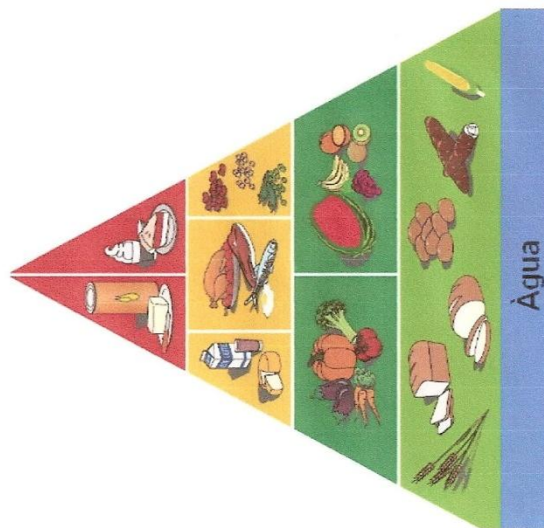
Falso

Obrigado pela colaboração!



Agrupamento de Centros de Saúde – Seixal
e Sesimbra
UCSP - Torre da Marinha

Alimentação Saudável



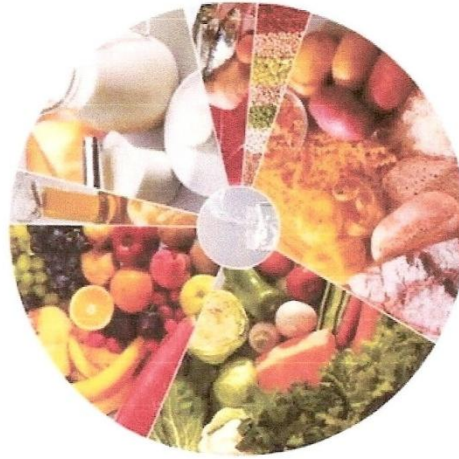
Agrupamento de Centros de Saúde – Seixal
e Sesimbra
UCSP - Torre da Marinha



REALIZADO POR:

Enf.ª Discente: Sónia Dias
Aluno 4º Ano: Pedro Teixeira
Enf.ª Orientadora: Inês Duarte

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL



Alimentação – o primeiro passo para
uma vida saudável

Hipertensão Arterial

Diabetes

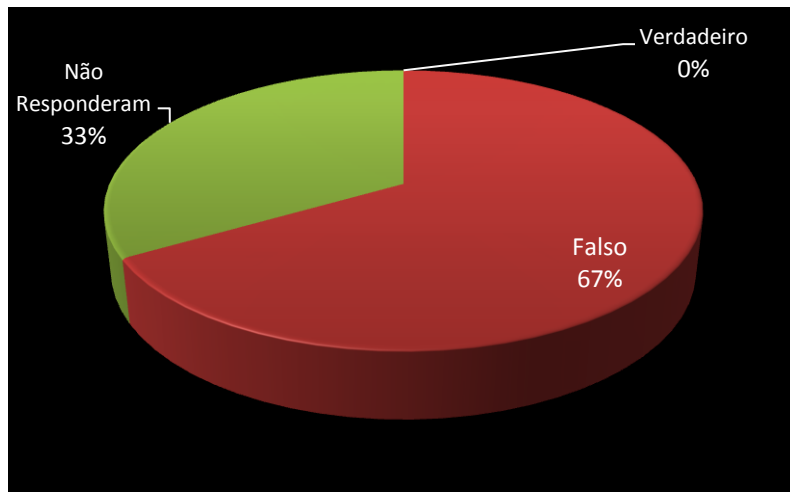
- ⇒ 6 a 8 refeições por dia;
 - ⇒ Não ficar mais de 3horas sem comer;
 - ⇒ Beber 1,5L de água por dia;
 - ⇒ Praticar exercício físico; (andar);
 - ⇒ Evitar o consumo de açúcar;
 - ⇒ Consumir 2 a 3 peças de fruta por dia;
 - ⇒ Consumir legumes e hortaliças;
 - ⇒ Consumir sardinha, salmão;
 - ⇒ Consumir peru, frango e coelho;
 - ⇒ Evitar bebidas alcoólicas;
- 
- ⇒ Reduzir o consumo de sal (substituir por ervas aromáticas e limão);
 - ⇒ Praticar exercício físico (andar);
 - ⇒ Perder peso;
 - ⇒ Deixar de fumar;
 - ⇒ Reduzir o stress;
 - ⇒ Consumir frutas e legumes;
 - ⇒ Consumir gorduras vegetais (azeite);
 - ⇒ Evitar bebidas alcoólicas;
 - ⇒ Consumir cozidos e grelhados;
 - ⇒ Consumir legumes e vegetais;
 - ⇒ Reduzir o consumo de café;

Diabetes e Hipertensão

⇒ Participaram 9 pessoas na formação sobre alimentação saudável na diabetes e na hipertensão.

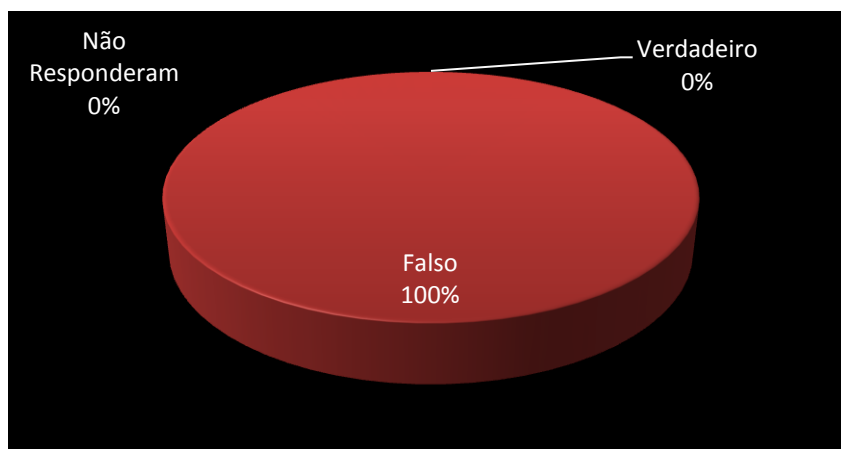
Pela análise do gráfico 1, relativo à pergunta 1, constatámos que 67% (6) responderam falso e 33% (3) não responderam. A resposta correcta é a falsa.

Gráfico 1



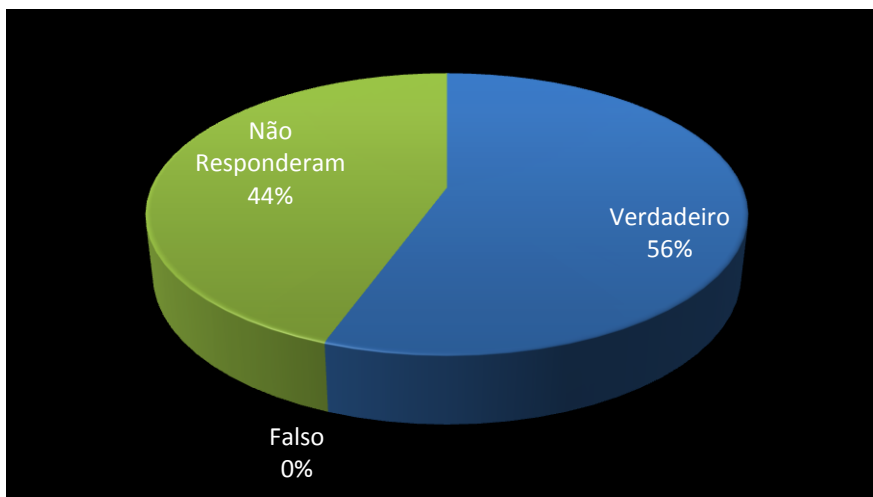
Relativamente ao gráfico 2, verificámos que 100% (9) responderam correctamente á pergunta 2, com a resposta falso.

Gráfico 2



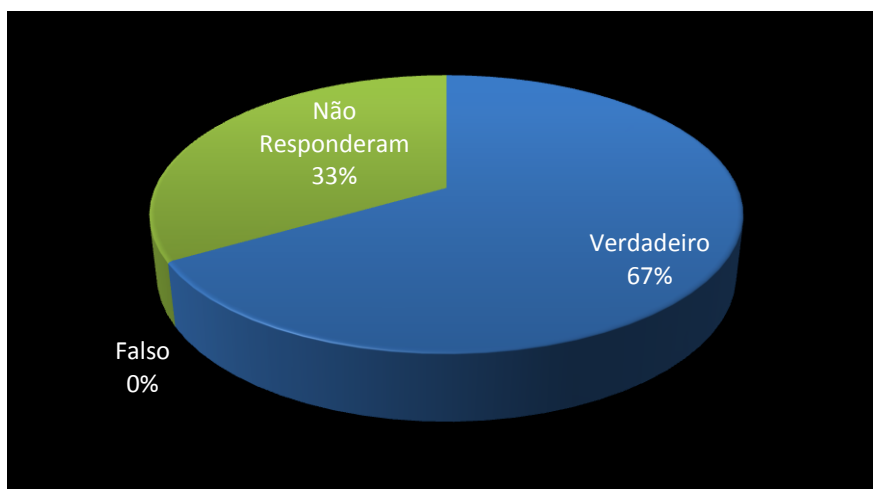
Atendendo ao gráfico 3, verificámos que 56% (5) responderam verdadeiro e 44% (4) não responderam. A resposta correcta era a verdadeira.

Gráfico 3



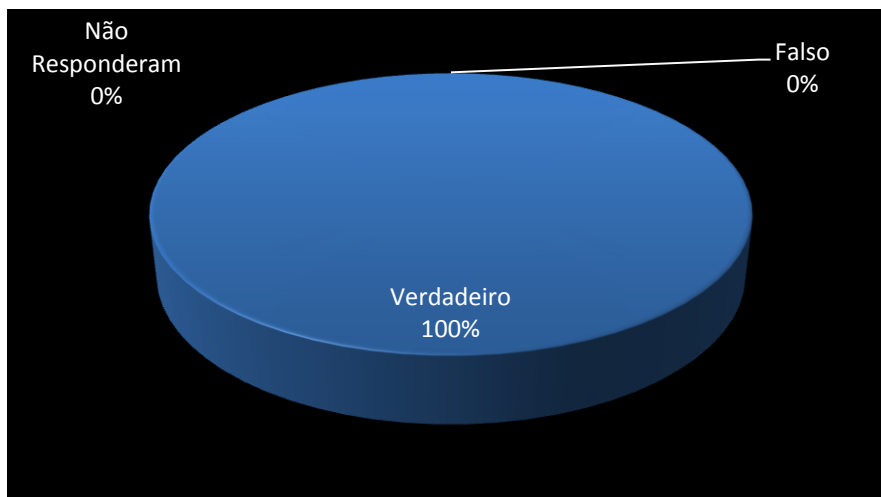
Relativamente ao gráfico 4, responderam verdadeiro 67% (6) e 33% (3) não responderam .

Gráfico 4



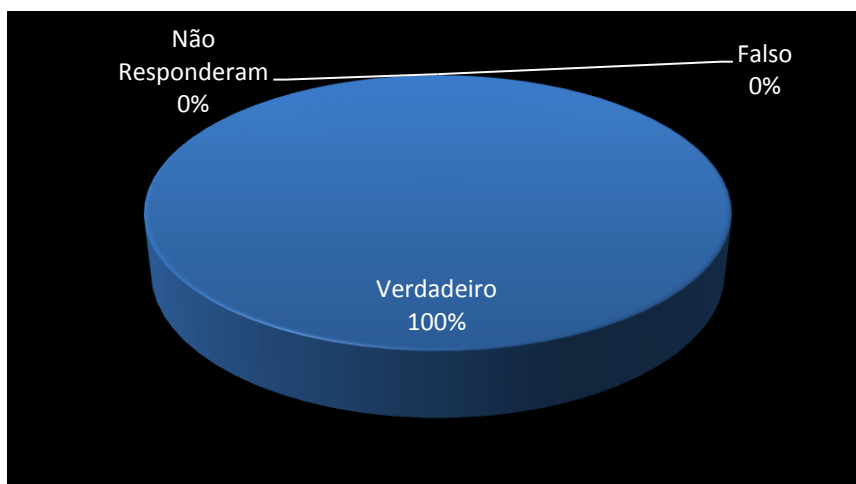
Relativamente ao gráfico 5, verificámos que 100% (9) responderam correctamente à pergunta 5, com a resposta verdadeiro.

Gráfico 5



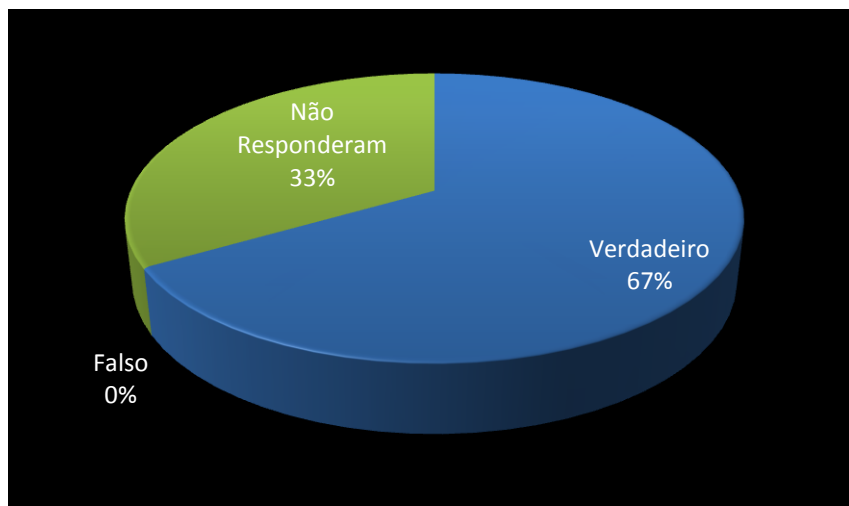
Relativamente ao gráfico 6, verificámos que 100% (9) responderam correctamente à pergunta 6, com a resposta verdadeiro.

Gráfico 6



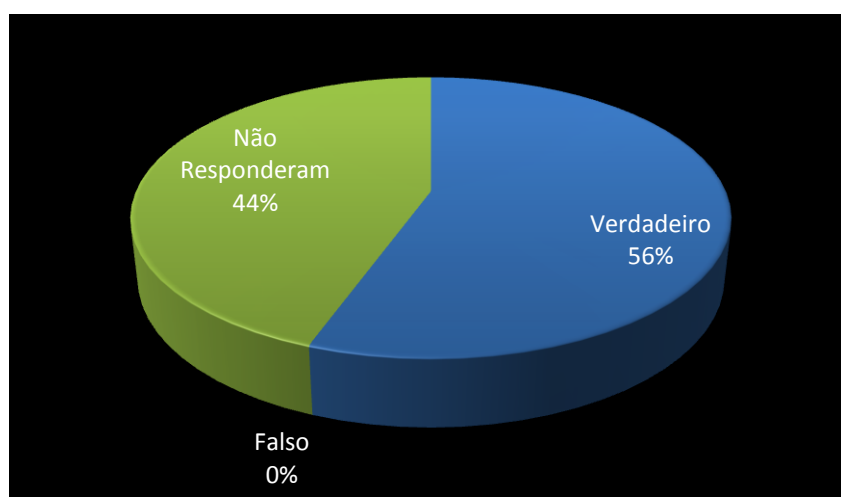
Na observação do gráfico 7, verificámos que 67% (6) responderam verdadeiro e que 33% (3) não responderam à pergunta.

Gráfico 7



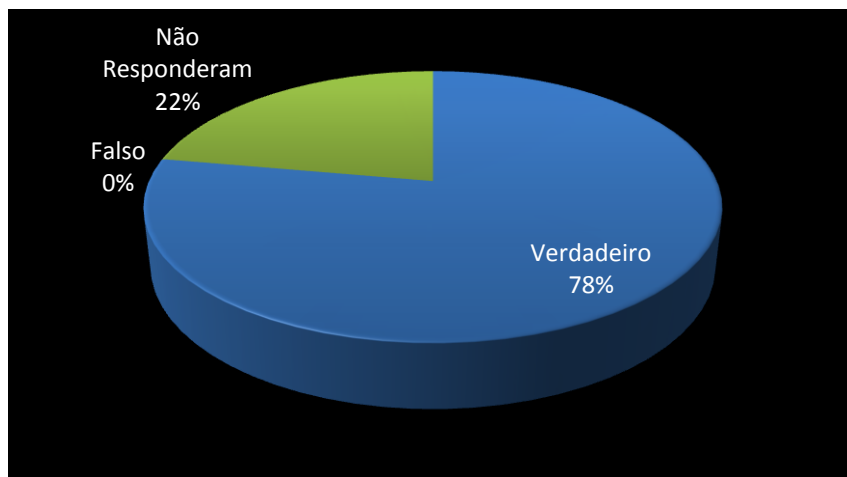
Pela observação do gráfico 8, responderam correctamente á pergunta 8, cerca de 56% (5) e não responderam 44% (4) das pessoas.

Gráfico 8



Relativamente ao gráfico 9, verificámos que 78% (7) responderam verdadeiro e que 22% (2) não responderam.

Gráfico 9



Plano da Sessão

Tema:

Colesterol – O “Inimigo Silencioso”.

Local e data de apresentação:

26/11/09 – Associação de Moradores do Bairro 1º de Maio.

A quem se destina:

População residente no Bairro 1º de Maio.

Objectivos:

- Clarificar a importância de uma alimentação saudável na gestão do tratamento da Hipercolesterolemia;
- Promover a prática de uma alimentação saudável;
- Melhorar os conhecimentos da População residente no Bairro 1º de Maio sobre a Hipercolesterolemia;

	Conteúdos	Metodologias	Tempo	Observações
Introdução	- Apresentação; - Tema;	Expositiva	2 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro
Desenvolvimento	- Conceito e tipos de colesterol; - Valores de referência	Expositiva	5 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro
	- Conceito e causas da Hipercolesterolemia; - Prevenção e tratamento	Expositiva	10 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro
	- Alimentação aconselhada e desaconselhada;	Expositiva	5 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro
Avaliação	Questionário		5 min	Enfª Sónia e A.E: Pedro



COLESTEROL "INIMIGO SILENCIOSO"



Bairro 1º de Maio

Realizado por:

Enfª Discente: Sónia Dias
Aluno do 4º Ano: Pedro Teixeira
Enfª Orientadora: Inês Duarte

Novembro de 2009

Colesterol o que é?

- ◆ É uma substância gorda presente em todas as células do organismo, necessária em pequenas quantidades, para o seu bom funcionamento;
- ◆ Não existe colesterol em nenhum produto de origem vegetal;
- ◆ A maior parte de colesterol presente no corpo é sintetizada pelo próprio organismo. Sendo o fígado, o órgão responsável pela sua produção de acordo com as nossas necessidades.
- ◆ Cerca de 30% do colesterol que circula no sangue está relacionado com a nossa alimentação;
- ◆ O colesterol é indispensável ao organismo, é utilizado para diversos fins (produção de diversas hormonas, vitaminas, sais biliares e regeneração celular).

◆ Tipos de Colesterol:



- ◆ O HDL (bom colesterol), é constituído por colesterol retirado da parede dos vasos sanguíneos e que é transportado até ao fígado para ser eliminado. Este é responsável pela remoção do LDL do organismo;
- ◆ O LDL (mau colesterol), ao circular livremente no sangue, torna-se nocivo, acumulando-se nas paredes das artérias.
- ◆ Quer o excesso de colesterol LDL quer a falta de colesterol HDL, aumentam o risco de doenças cardiovasculares.

◆ Colesterol – “Inimigo Silencioso”

- • O colesterol elevado não causa sintomas na maioria das pessoas;
- • Níveis de colesterol elevados por muito tempo, resultam na arteriosclerose (doença das artérias).
- • Os triglicéridos têm uma função essencial na formação de ácidos gordos livres, usados tanto para o armazenamento como para a utilização de energia.



Valores de Referência do Colesterol

Colesterol Total:

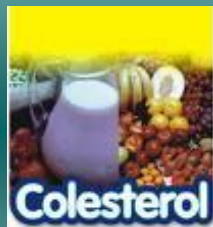
Colesterol Total	Categoria
Menor que 200 mg/dl	Desejável
De 200 a 239 mg/dl	Moderado
Igual ou superior a 240 mg/dl	Alto

Colesterol HDL (Bom colesterol):

Colesterol HDL	Categoria
Menor que 40 mg/dl	Risco aumentado para doenças cardiovasculares
De 40 a 59 mg/dl	Quanto maior, menor risco
Igual ou superior a 60 mg/dl	Considerado factor protector contra doenças cardiovasculares

Colesterol LDL (mau colesterol):

Colesterol LDL	Categoria
Menor que 100 mg/dl	Nível ideal
De 100 a 129 mg/dl	Nível próximo do ideal
De 130 a 159 mg/dl	Moderado
De 160 a 189 mg/dl	Alto
Igual ou superior a 190 mg/dl	Muito alto



Hipercolesterolemia

- ♦ A hipercolesterolemia é uma doença que se caracteriza pelos níveis elevados de colesterol no sangue (TEIXEIRA, 2007).
- ♦ Esta doença deriva de vários factores, incluindo os hábitos alimentares inadequados que vão sendo adquiridos ao longo da vida, nomeadamente uma dieta rica em gorduras (TEIXEIRA, 2007).



Causas:



- ⇒ **Alimentação** : O colesterol no sangue aumenta com uma dieta rica em gorduras saturadas. As carnes gordas (porco, vaca), leite gordo e derivados são as principais fontes de colesterol. Também as gorduras vegetais, quando sujeitas a altas temperaturas ou manipulações industriais podem transformar-se em gorduras saturadas (fritos);
- ⇒ **Excesso de Peso**;
- ⇒ **Idade**: os valores de colesterol aumentam com a idade, possivelmente por uma certa deficiência de mecanismos de transformação de colesterol no organismo;
- ⇒ **Menopausa**: as mulheres após a mudança de idade têm um aumento de colesterol no sangue. A causa está ligada à deficiência hormonal (em estrogénios) própria desta fase da vida.

⇒ **Hereditariedade:** Em muitas pessoas a causa de colesterol elevado é hereditária e tem a ver com a produção em excesso de colesterol pelo fígado ou dificuldade na sua utilização.

⇒ **Doenças:** Diabetes, insuficiência renal, hipertensão arterial ou doenças da tiróide, podem levar ao seu aumento;

⇒ **Sedentarismo:** a prática de exercício físico regular ajuda a elevar os níveis de HDL (bom colesterol) e a baixar o LDL (mau colesterol);

⇒ **Tabagismo:** o tabaco actua sobre o HDL, baixando o seu valor no sangue;

⇒ **Stress.**



Prevenção

- ◆ Deixar de fumar;
- ◆ Controlar regularmente a tensão arterial;
- ◆ Controlar regularmente os valores de açúcar e gorduras no sangue;
- ◆ Praticar uma alimentação mais saudável, privilegiando o consumo de legumes, vegetais, fruta e cereais;
- ◆ Praticar exercício físico moderado com regularidade;
- ◆ Realizar exames periódicos de saúde;



Tratamento

☺ Tratamento Não farmacológico:

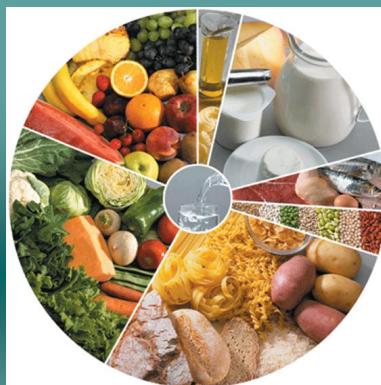
- Alimentação saudável;
- Prática de exercício físico;
- Perder peso;
- Deixar de fumar;

☺ Tratamento Farmacológico



Alimentação

Uma alimentação equilibrada é a melhor opção para manter os níveis de colesterol controlados;



Alimentos Aconselhados:

- ⇒ Carnes: aves ou caça (frango sem pele, peru ou coelho);
- ⇒ Peixes: preferencialmente gordos;
- ⇒ Frutas, hortaliças e vegetais frescos (fibras);
- ⇒ Leite, iogurte, queijo e manteiga todos produtos magros;
- ⇒ Nozes, avelãs e amêndoas em pequena quantidade;
- ⇒ Feijão, grão, favas, ervilhas e lentilhas;
- ⇒ 1,5L de água por dia e chá;
- ⇒ Azeite e gorduras vegetais não hidrogenadas (óleo de milho e de girassol);



- ⇒ Pão integral, rico em fibras;
- ⇒ Flocos de aveia, farelo de trigo ou arroz integral;
- ⇒ Temperar com ervas e legumes aromáticos;



Alimentos Não Aconselhados

- ⇒ Leites, iogurtes, queijos e natas todos produtos gordos;
- ⇒ Carnes gordas, de charcutaria e salsicharia;
- ⇒ Alimentos processados: pizzas, hambúrgueres, rissóis, pastéis, fritos;
- ⇒ Alimentos confeccionados com açúcar: bolos, bolachas, chocolate e refrigerantes;
- ⇒ Conservas e enlatados;
- ⇒ Caldos de Knorr;
- ⇒ Ovos;



Bibliografia

- <http://www.educare.pt/educare/Opinioao.Artigo.aspx?contentid=619E773E13BE0B2BE0400A0AB8007858&opsel=2&channelid=0>
- <http://cuidadosnutricionais.no.sapo.pt/COLESTEROL%201.htm>
- http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/449/
- <http://www.farmaciabordalo.pt/Servi%C3%A7os/ColesterolHDLLeLDL/tabid/93/Default.aspx>
- <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/do+encascardiovasculares.htm>

- <http://www.dgs.pt/>
- http://www.vagueira.com/salvavidas/formacao_conteudo/colesterol_saiba_tudo_sobre.pdf



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE - SEIXAL E

SESIMBRA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL II

UCSP DA TORRE DA MARINHA



“ Colesterol-Inimigo Silencioso”

Questionário de avaliação da formação

1-Existem 2 tipos de colesterol, “o bom colesterol” e o “mau colesterol”?

Verdadeiro

Falso

2- Os erros alimentares, podem originar o aumento de colesterol no sangue?

Verdadeiro

Falso

3-O excesso de peso, o tabagismo e o stress são causas do aumento de colesterol no sangue?

Verdadeiro

Falso

4-O leite gordo e os seus derivados fazem parte da alimentação aconselhável às pessoas com colesterol elevado?

Verdadeiro

Falso

5-As pessoas com colesterol elevado, devem consumir conservas e enlatados?

Verdadeiro

Falso

Obrigado pela colaboração!



Alimentação

Alimentos recomendados:

- ⇒ Carnes brancas;
- ⇒ Peixe;
- ⇒ Hortaliças e frutas
- ⇒ Água
- ⇒ Leite, iogurte e queijos magros;
- ⇒ Feijão, grão, favas, ervilhas;
- ⇒ Pão integral ou de mistura;
- ⇒ Azeite e gorduras vegetais.

Alimentos não recomendados:

- ⇒ Leite e queijos gordos;
- ⇒ Natas;
- ⇒ Carnes gordas;
- ⇒ Fritos;
- ⇒ Conservas e enlatados;
- ⇒ Caldos Knor;
- ⇒ Ovos.



REALIZADO POR:

Enf.ª Discente: Sónia Dias
Aluno 4º Ano: Pedro Teixeira
Enf.ª Orientadora: Inês Duarte

Colesterol “Inimigo Silencioso”



Prevenção: o melhor tratamento

Colesterol elevado: Causas

Prevenção

Colesterol: o que é?

- ⇒ É uma substância gordá presente em todas as células do organismo, necessária em pequenas quantidades, para o seu bom funcionamento .
- ⇒ O colesterol elevado não causa sintomas na maioria das pessoas.
- ⇒ Níveis de colesterol elevados por muito tempo, resultam na arteriosclerose (doença das artérias).



- ⇒ Erros alimentares
- ⇒ Excesso de peso
- ⇒ Idade
- ⇒ Menopausa
- ⇒ Hereditariedade
- ⇒ Doenças
- ⇒ Falta de exercício físico
- ⇒ Tabaco
- ⇒ Stress



- ⇒ Deixar de fumar;
- ⇒ Controlar regularmente a tensão arterial;
- ⇒ Controlar regularmente os valores dos açúcares e gorduras no sangue;
- ⇒ Praticar uma alimentação saudável;
- ⇒ Praticar exercício físico com regularidade (andar);
- ⇒ Realizar exames periódicos de saúde.

Colesterol-Inimigo Silencioso

⇒ Participaram 7 pessoas na formação “Colesterol-Inimigo Silencioso.

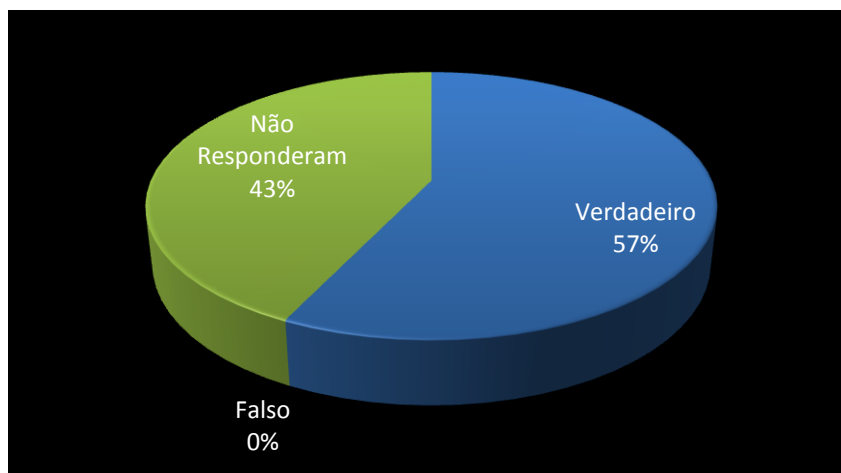
Pela análise do gráfico 1, verificámos que 100% (7), responderam verdadeiro como resposta certa.

Gráfico 1



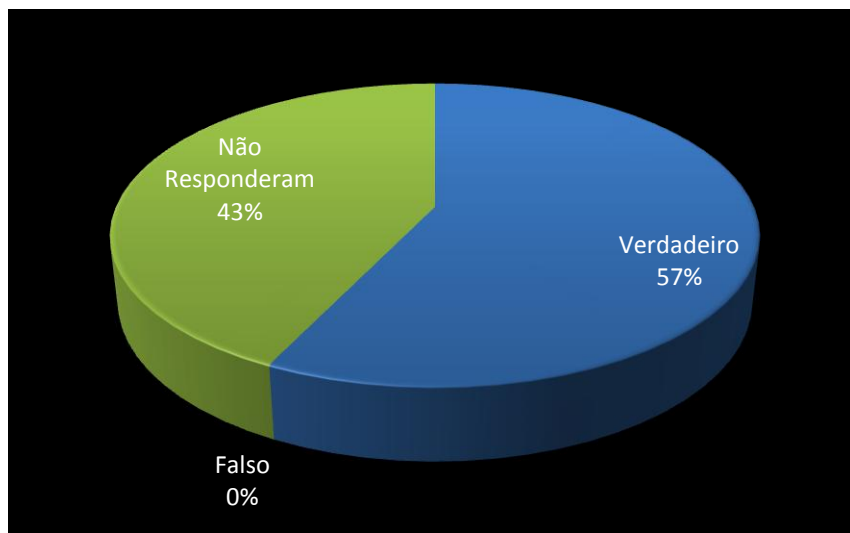
Pela análise do gráfico constatámos que 57% (4) responderam verdadeiro e que 43% (3) pessoas não responderam á pergunta.

Gráfico 2



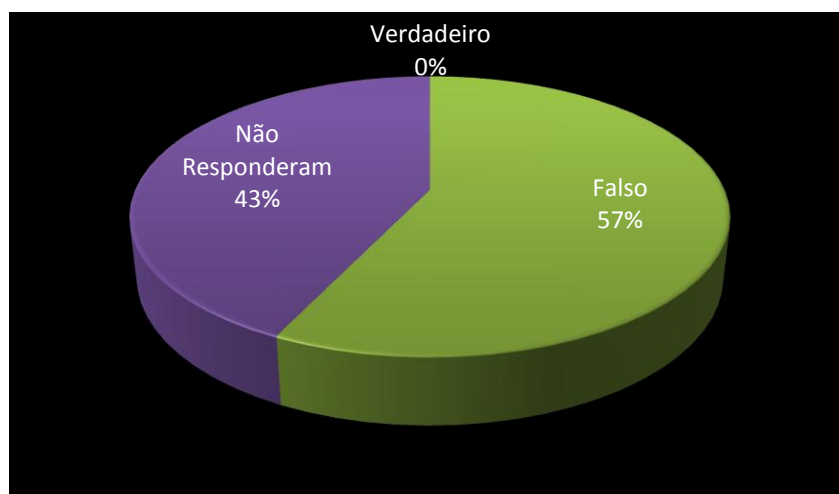
Relativamente ao gráfico 3, verificámos que 57% (4) responderam verdadeiro e que 43% (3) não responderam.

Gráfico 3



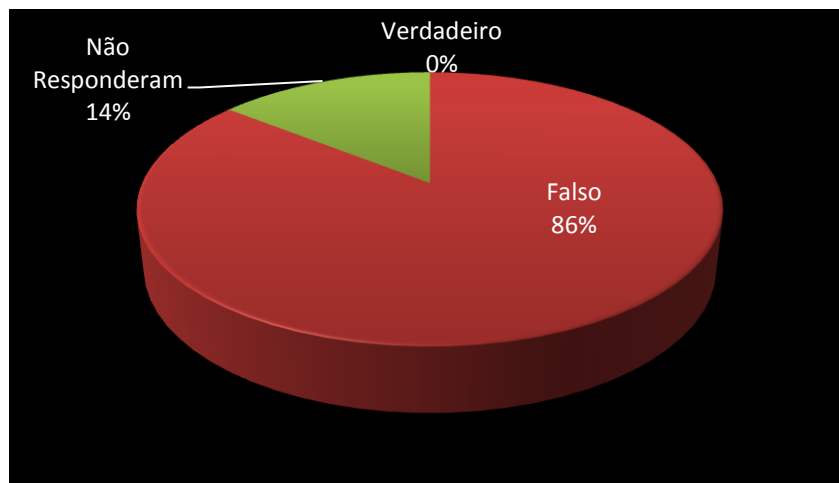
Ao analisármos o gráfico 4, verificámos que 57% (4) responderam falso e que 43% (3) não responderam á pergunta 4.

Gráfico 4



Relativamente ao gráfico 5, verificámos que 86% (6) responderam falso e que 14% (1) não responderam.

Gráfico 5



ANEXO VII - Promoção da Saúde da População Infante/Juvenil do Bairro 1º de Maio



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE-SEIXAL E SESIMBRA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL II

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

DA

TORRE DA MARINHA

PROJECTO SAÚDE SOBRE RODAS

Intervenção Comunitária no Bairro 1º de Maio

Promoção da Saúde da População Infanto/Juvenil



Enfª Discente: Sónia Dias

Enfª Orientadora: Inês Duarte

Profª Tutora: Amélia Simões Figueiredo

Torre da Marinha

Janeiro de 2010

“É mais fácil construir um menino do que consertar um homem”.

Charles Click Govin

SUMÁRIO

	f
0- <u>INTRODUÇÃO</u>	7
1- <u>A FAMÍLIA</u>	9
2- <u>A SAÚDE FAMILIAR</u>	10
3- <u>AS CRIANÇAS, A FAMÍLIA E A ESCOLA</u>	11
4- <u>A SAÚDE ESCOLAR</u>	13
5- <u>O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE</u>	15
6- <u>DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTO/JUVENIL RESIDENTE NO</u> <u>BAIRRO 1º DE MAIO</u>	17
6.1-A ESCOLA SECUNDÁRIA ALFREDO DOS REIS SILVEIRA.....	17
6.2-A PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS.....	18
7- <u>METODOLOGIA</u>	21
7.1-TIPO DE ESTUDO.....	21
7.2-OBJECTIVOS.....	22
7.3-POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
7.4- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	24
7.4.1- <u>Validação do Instrumento de Recolha de Dados</u>	26
7.4.2- <u>A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados</u>	27
7.5-TRATAMENTO DE DADOS.....	27
8-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
9- <u>CONCLUSÃO</u>	40

10-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
<u>ANEXOS</u>	44
ANEXO I-Instrumento de Colheita de Dados.....	45
ANEXO II-Sessão de formação sobre “Alimentação Saudável na Adolescência”.....	51
ANEXO III-Questionário de avaliação da formação “Alimentação Saudável na Adolescência”.....	59
ANEXO IV-Folheto sobre “Alimentação Saudável na Adolescência”.....	62
ANEXO V-Resultados dos questionários de avaliação da formação “Alimentação Saudável na Adolescência”.....	65

SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

f

Gráfico 1 – Distribuição das crianças/jovens segundo o tipo de família	29
Gráfico 2 –Caracterização do grau de parentesco do inquirido/ relação às crianças/ jovens	30
Gráfico 3 – Distribuição das crianças/jovens segundo o gênero	30
Gráfico 4 - Distribuição das crianças/jovens segundo a idade	31
Gráfico 5 - Distribuição do número de crianças/jovens segundo as consultas de vigilância de Saúde Infantil	31
Gráfico 6 - Distribuição das crianças/jovens segundo a actualização do boletim de vacinas	32
Gráfico 7 - Distribuição das crianças/jovens segundo a realização do Exame Global de Saúde	32
Gráfico 8 - Distribuição das crianças/jovens segundo as idades-chave de realização do Exame Global de Saúde	33
Gráfico 9 – Distribuição das crianças/jovens segundo a consulta de vigilância de Higiene Oral	33
Gráfico 10– Distribuição das crianças/jovens segundo a sua patologia	34
Gráfico 11–Distribuição das crianças/jovens segundo a escola/residência	34
Gráfico 12– Distribuição das crianças/jovens segundo a escola/jardim de Infância	35

Gráfico 13 – Distribuição das crianças/jovens segundo a falta de aproveitamento escolar	35
Gráfico 14– Caracterização das crianças/jovens segundo Sucesso/Insucesso Escolar	36
Gráfico 15– Distribuição das crianças/jovens segundo as habilitações literárias concluídas	36
Gráfico 16–Caracterização do género das crianças/jovens/encaminhamento para a Consulta da Higienista Oral	37
Gráfico 17–Caracterização do género das crianças/jovens/encaminhamento para Apoio Social	37
Gráfico 18–Caracterização do género das crianças/jovens/encaminhamento para Consulta de Vigilância de Saúde Infantil	38

0-INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi solicitado a caracterização da população infantil em idade escolar, as suas necessidades de saúde, vigilância de Saúde Infantil, bem como a intervenção no âmbito da Saúde Escolar (promoção de estilos de vida saudáveis) das crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio, que se situa na Freguesia da Arrentela, Concelho do Seixal.

Este projecto de âmbito comunitário teve início em Novembro de 2009, com termino em Janeiro de 2010 tendo como objectivo geral a promoção da saúde da população residente no Bairro 1º de Maio, ao longo do ciclo de vida. Destina-se a todas as famílias identificadas pela equipa de saúde, dando destaque às mais vulneráveis que são as crianças/jovens e os idosos.

Para podermos realizar o diagnóstico de situação da população numa primeira fase, foi sem dúvida importante, não esquecermos que os enfermeiros que trabalham na comunidade e com a comunidade estão preocupados com a saúde dos indivíduos, famílias e grupos.

Assim, segundo o REPE: *“o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área de sua especialidade”*.

No entanto, a aquisição de competências por parte dos enfermeiros não resulta apenas do aumento do conhecimento, este tem que ser aplicado e demonstrado através de experimentação e de treino, sem esquecer as vertentes pessoal, social, teórica e prática.

A caracterização da população infantil residente no Bairro 1º de Maio, resultou assim, de um estágio de Enfermagem de Saúde Comunitária. Foi realizado com a

colaboração das enfermeiras da Unidade de Cuidados Saúde Personalizados da Torre da Marinha no ACES do Seixal e Sesimbra, onde decorrem neste momento vários projectos de intervenção comunitária em parceria com a Câmara Municipal do Seixal.

Com este trabalho, pretendemos, identificar o número de crianças/jovens em idade escolar residentes no Bairro 1º de Maio. Se têm cumprido as consultas de vigilância de Saúde Infantil, com realização dos exames globais de saúde nas idades correspondentes, se têm tido aproveitamento escolar e se apresentam hábitos de vida saudáveis.

Ao longo do trabalho, foram seguidas as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde, referentes ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil, obedecendo às linhas mestras do programa. Ou seja, a manutenção e a promoção de saúde de todas as crianças, a calendarização das consultas de vigilância nas idades chave, o cumprimento do programa de vacinação, entre outras de modo a estimular a função parental e promover o bem estar familiar.

1-A FAMÍLIA

A família é a primeira célula de socialização dos indivíduos porque: é o primeiro ambiente que verdadeiramente prepara o homem para a relação com o seu semelhante.

A família é um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua, e duração temporária. *A família caracteriza-se pelo compromisso, tomada conjunta de decisões, e partilha de objectivos (Department of Family Nursing, Oregon Health Sciences University, 1985).*

Segundo VIEIRA, (2007, p.83) *“a família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados”*.

Tradicionalmente a família tem sido definida usando os conceitos legais de relações, tais como laços de sangue biológicos/genéticos, adopção, protecção, ou casamento. Desde os anos 80 tem sido usada uma definição mais lata de família que ultrapassa as limitações tradicionais de sangue, casamento e legais. A família pode variar desde as noções tradicionais de família, a família nuclear e alargada, até estruturas familiares “pós-modernas” tais como monoparentais, as famílias reconstruídas e as alargadas.

Assim, *“as famílias são grupos com características únicas, incluindo as memórias da própria família, as relações intergeracionais, as regras e rotinas da família, as aspirações e realizações da família, e os seus padrões étnicos e culturais (BUN, et al,1998).*

A equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros tem um papel importante. Pois são eles que em colaboração com as famílias, examinam o modo como as características familiares influenciam a saúde, prevenindo as doenças e promovendo bons hábitos de vida, com os respectivos cuidados antecipatórios e educação para a saúde.

2-A SAÚDE FAMILIAR

A saúde tem sido descrita como o estado ou processo da pessoa em interacção com o ambiente, no qual a família representa um factor importante da matriz ambiental.

Apesar da centralização da enfermagem na saúde familiar, a construção da saúde familiar carece de consenso e precisão. Segundo **Anderson e Tomlinson**, *“a análise da saúde familiar deve incluir simultaneamente a saúde e a doença, o indivíduo e o colectivo”*. Cada vez se torna mais notório, que *“o stress causado por uma doença grave de um familiar exerce uma poderosa influência no funcionamento e saúde da família, e que os padrões de comportamento desta podem influenciar a saúde do indivíduo”*.(CAMPBELL, 1987).

A Organização Mundial de Saúde sempre definiu saúde, como *“sendo um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade: esta definição pode-se aplicar tanto a indivíduos como a famílias”*. A designação “saúde familiar” é frequentemente utilizada alternadamente com as designações funcionamento familiar, famílias saudáveis, ou saúde familiar.

A Saúde Familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar.

3- AS CRIANÇAS, A FAMÍLIA E A ESCOLA

Uma grande tarefa das famílias é criar filhos, que se tornem adultos saudáveis, responsáveis e criativos.

A família é a primeira escola das crianças e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, dos serviços de saúde, dos pais, da própria escola e de parceiros diversos.

Todos os pais tem um projecto para os seus filhos quando chega a altura de as crianças irem para a escola. Este projecto não é o mesmo em todas as famílias. Os pais familiarizados com a escola e as suas práticas, e os pais vítimas de iliteracia, ou pouco familiarizados com a escola e as suas práticas, terão concepções, imagens e projectos diversos. E estes pré-conceitos (imagens) sobre a escola exercem, assim, desde logo, influência sobre a criança/jovens, nas expectativas, interesse, curiosidade, atitudes, objectivos...

As primeiras experiências vivenciadas pelas crianças/jovens levam-nas a adquirirem e a dominarem “instrumentos culturais”, que são muitas vezes transmitidos pelos pais e pela família. De início, a família é o suporte das crianças/jovens e é ela que lhe satisfaz as necessidades básicas para além de ser a responsável pelo desenvolvimento das qualidades instrumentais (percepção, motricidade e linguagem).

A família é uma fonte de ajuda activa para as crianças/jovens se for “saudável”, se for um grupo bem organizado e estável, onde o sistema de autoridade seja claro e aceitável, onde a comunicação seja aberta, e onde os membros exerçam controlo e apoio. É na família que se gera o prazer, a alegria que as crianças/jovens sentem à sua volta, indispensável ao seu desenvolvimento.

Quando a família não está “saudável”, os padrões de autoridade estão alterados e as redes de comunicação e de distribuição dos papéis funcionais estão deteriorados, tornando-se difícil o controlo dos sentimentos negativos; o que leva ao aumento da angústia, da hostilidade, da violência. A falta de respeito entre os diversos elementos do

grupo familiar, a intolerância, a agressividade, o desinteresse ou a superproteção, marcam a personalidade das crianças/jovens conduzindo-as a comportamentos “anormais” que muitas vezes se refletem nas atitudes face à escola.

Sabemos também que as famílias no mundo ocidental têm vindo a ser cada vez mais pequenas, as famílias alargadas são cada vez mais raras, surgindo novas formas de família, novos relacionamentos afectivos.

Há duas décadas que a esperança de vida aumentou o que obrigatoriamente está a modificar algumas das relações intergeracionais no interior da família. Tios, tias e primos serão progressivamente familiares não preferenciais nas relações do dia-a-dia, o que levará a um retraimento das reacções colaterais e a uma maior dependência afectiva das crianças/jovens aos respectivos pais.

A busca da felicidade no casamento é hoje em dia uma norma social. Parece que caminhamos para a existência de uma família mais fluída, de um pacto conjugal mais frágil e de uma socialização mais difícil. Os filhos resultantes de uniões carregadas de falta de afecto terão possivelmente dificuldade em ter bem definidas as expectativas e as satisfações. Vão ter desde bem cedo que “negociar” pequenos pactos com os pais: *“A falta de critérios consolidados, estes hesitarão entre o permitido e o interdito, ou melhor, reduzirão o campo do interdito, com o que podem colocar em perigo a saúde da criança ou o seu sucesso escolar”*. (ROUSSEL, 1992, p.174).

Se bem que a família seja a influência mais precoce e mais forte para as crianças/jovens em desenvolvimento, ela perdeu o “monopólio” da transmissão de valores, da informação, de atitudes, na educação.

Assim, é sem dúvida importante o papel dos professores, dos técnicos de saúde (enfermeiros, psicólogos,...), da comunidade e dos vários recursos dessa comunidade, envolvendo e promovendo a saúde escolar junto da família e trabalhando sempre em conjunto com esta, indo de encontro às necessidades das crianças/jovens.

4-A SAÚDE ESCOLAR

Em Portugal, a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às necessidades de saúde emergentes.

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objectivos, mas utilizando metodologias distintas.

Desde 2002, é o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar.

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados.

No contexto Europeu, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em *Health for all*, estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, e os serviços de saúde um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização.

A meta 13 do documento *Health for all* prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-Infância e 95% das que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores de saúde. Mais, define *Escola Promotora da Saúde* (EPS) como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar.

Uma Escola Promotora de Saúde assenta três vertentes-currículo, ambiente e interacção escola/família/meio, por isso todas as escolas devem ser promotoras de saúde.

Na escola, o trabalho de promoção de saúde com os alunos tem como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” pra se proteger, desenvolvendo

em cada um a capacidade de interpretar o real e actuar de modo a introduzir atitudes e/ou comportamentos adequados. Neste processo, os alicerces são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

Dos técnicos de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empowerment, o princípio básico da promoção da saúde.

Assim, é necessário implementar e dar visibilidade ao trabalho de Saúde Escolar implicando um reforço na formação dos profissionais. É necessário que os profissionais de saúde e educação adquiram novas competências ou competências complementares, que lhes permitam uma crescente capacitação para a promoção de estilos de vida saudáveis na escola.

5- O ENFERMEIRO E A COMUNIDADE

Inicialmente, o foco dos cuidados na comunidade insidia sobre os indivíduos doentes; segundo HANSON (2001, p.371) *“a família era a fonte dos cuidados para membros doentes. Geralmente os cuidados eram prestados nas casas dos doentes e as enfermeiras eram chamadas enfermeiras “visitadoras”*. Já há descrições deste tipo de enfermeiras desde a Era Pré-cristã, na Índia, no Egito, Grécia e Roma (Gardner, 1928).

A enfermagem de visita domiciliária está documentada na Europa, *“desde o século XI ao século XVI, com ambas as ordens seculares e religiosas a prestarem cuidados”* (RUE, 1944).

Em meados do século XIX, a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença começou a ser reconhecida. *“As enfermeiras de saúde na comunidade, ou enfermeiras “visitadoras” alargavam os seus papéis, para incluírem a educação para a saúde, bem como os cuidados a doentes, e para que estes funcionassem eficazmente, orientaram os seus cuidados não só para indivíduos, mas também para as famílias”* (GARDNER, 1928; RUE, 1944).

Ao longo dos anos, os cuidados que os enfermeiros prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais ao longo do ciclo de vida, os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades. As suas responsabilidades e actividades dependem, contudo, de factores como a sua área de actuação, sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham.

Também é do seu âmbito profissional, planear e realizar intervenções de enfermagem, tais como a promoção e ensino dos cuidados de higiene/saúde, a promoção do desempenho parental, a promoção da adesão ao regime terapêutico (principalmente em doentes crónicos) e a promoção de acções educativas no âmbito de cuidados preventivos de saúde.

As intervenções de enfermagem próprias da área da saúde comunitária visam sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com cuidados de saúde primários (hábitos alimentares, de higiene, vacinação, etc.). Desenvolveram-se actividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local (que tem como objectivo a melhoria da qualidade de vida das populações) e promovem-se estudos epidemiológicos.

A actividade dos enfermeiros especialistas nesta área pode ser desenvolvida em hospitais, centros de saúde, creches, escolas, lares de idosos, empresas, prisões, domicílios e bairros degradados, tendo como alvo determinados grupos populacionais, tais como crianças/jovens, idosos, grávidas, toxicodependentes, pessoas com cancro, grupos de risco, habitantes de zonas degradadas, indivíduos com doenças transmissíveis e trabalhadores de empresas particularmente geradoras de doenças profissionais e/ou acidentes de trabalho, entre outros.

“Tendo em conta as diversas actividades que podem desempenhar, são muitas as capacidades exigidas a estes profissionais, ou seja é este o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.” (Ordem dos Enfermeiros)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária transpõe os muros da instituição onde trabalha, para partilhar com a população, nos domicílios, nas escolas, nas empresas, o seu saber e o seu agir. Por isso, temos que concordar com LANCASTER quando afirma que *“Os papéis do enfermeiro comunitário são muito variados e são um desafio”* (1999, p.4).

O envolvimento e a participação da comunidade na promoção da saúde é hoje considerado um processo estratégico pela Organização Mundial de Saúde. Muitos estudos mostram que a melhoria da saúde e qualidade de vida de uma população dependem, em larga medida, da oferta de canais e formas de participação activa dos cidadãos para resolver os seus problemas e necessidades.

6-DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO INFANTO/JUVENIL RESIDENTE NO BAIRRO 1º DE MAIO

O Bairro 1º de Maio foi edificado pela Câmara Municipal do Seixal em 1980, para realojar uma população que residia em barracas nos terrenos anexos à antiga Siderurgia Nacional.

Este Bairro, é constituído por 88 fogos, distribuídos por 3 ruas distintas. (Rua José Régio; Rua Jorge Sena e Rua Jaime Cortesão). A população é envelhecida, reformada principalmente da Siderurgia e da Indelma. São famílias distribuídas por casas com 3 e 4 assoalhadas de R/c e 1º andar, que foram sofrendo melhorias, realizadas pelas próprias pessoas. São famílias com baixo índice escolar, predominando o analfabetismo e o 1º ciclo como habilitações literárias.

As crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio estão inseridas em famílias alargadas aos avós e aos tios, e são maioritariamente do sexo masculino, com idades compreendidas entre 1 e os 16 anos de idade. Algumas, apresentam patologias diversas nomeadamente (cardíaca, dermatológica, osteoarticular, entre outras), tem esquema vacinal actualizado e cumpriram as consultas de vigilância de Saúde Infantil com a realização dos Exames Globais de Saúde nas idades pré-estabelecidas.

Na sua maioria, frequentam as escolas do Concelho do Seixal com taxa de insucesso escolar elevada. Constatámos que as famílias das crianças/jovens preocupam-se com o insucesso escolar e com a inexistência de áreas de lazer.

Ao longo dos meses de Novembro de 2009 a Janeiro de 2010, foram aplicados questionários (ANEXO I) a 17 famílias com crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio. Foram identificadas necessidades de intervenção, sendo as quais posteriormente encaminhadas para recursos da comunidade.

6.1-A ESCOLA SECUNDÁRIA ALFREDO DOS REIS SILVEIRA

Verificámos que as crianças/jovens, frequentam várias escolas do Concelho do Seixal, mas a sua maioria frequenta a Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira.

A Escola foi construída nos terrenos de uma antiga quinta. O proprietário vivia no Porto e era o seu irmão Francelino quem explorava esta quinta com produtos agrícolas (árvores de fruto e legumes). A sua principal produção era a plantação e a venda de fruta.

No ano de 1988 foi construída neste espaço a actual Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira. A Escola Alfredo dos Reis silveira foi criada com o nome de Escola Secundária nº2 do Seixal, designação que manteve até ao ano lectivo de 1996/97 em que adoptou o nome de “Alfredo dos Reis Silveira” em homenagem ao primeiro presidente republicano do município do Seixal, nascido a 6 de Janeiro de 1871.

Actualmente, funcionam na escola 50 turmas num total de 1274 alunos.

Assim, uma escola de hoje é necessariamente uma escola aberta à comunidade, capaz de se afirmar como espaço de encontro e comunicação. Se é verdade que educar e ensinar não é mais monopólio da escola, esta deverá cultivar mecanismos de interactividade com os organismos e entidades que com ela assumem um papel fundamental na formação de cidadãos livres e responsáveis.

6.2- A PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

A alteração de estilos de vida da população, tem sido uma das preocupações dos enfermeiros, dos professores, dos nutricionistas...

A alimentação tem sido, ao longo da história, uma constante nas preocupações do homem. Para além de uma necessidade fundamental do ser humano, a alimentação é um dos factores do ambiente que mais afecta a saúde. “Somos o que comemos” é um velho aforismo que traduz bem este facto.

O acto de comer, para além de satisfazer necessidades biológicas e energéticas inerentes ao bom funcionamento do nosso organismo, é fonte de prazer, de socialização e de transmissão de cultura. No entanto, não basta ter acesso a bens alimentares. É preciso “saber comer”, ou seja, saber escolher os alimentos de forma e em quantidade adequadas às necessidades diárias, ao longo das diferentes fases da vida.

Muitos dos nossos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida. Por outro lado, uma alimentação saudável durante a infância é essencial para permitir um normal desenvolvimento e crescimento e prevenir uma série de problemas de saúde ligados à alimentação, como sejam a anemia, o atraso de crescimento, a malnutrição, a obesidade, ou a cárie dentária.

As crianças/jovens não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são apreendidos através da experiência, da observação e da educação.

O papel da família na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens é portanto inquestionável. Mas, para além da família, da escola e, em especial, o jardim de infância assumem uma particular importância, na medida em que podem oferecer um contexto de aprendizagem formal sobre esta e outras matérias, complementando o papel familiar.

A adopção de um estilo de vida saudável constitui a melhor forma de prevenir a ocorrência de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes, colesterol, obesidade, entre outras.

Para que as crianças adquiram hábitos de vida saudáveis, é necessário que os pais, também tenham estilos de vida saudáveis. O que constatámos quando inquirimos as famílias e mediante dados recolhidos anteriormente, verificámos que estas não tinham esses hábitos.

Relativamente, aos hábitos alimentares das crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio, verificámos que estes não são os mais correctos. Por isso pensámos em realizar sessões de educação para a saúde na Associação de Moradores para as crianças/jovens e famílias. No entanto devido ao espaço reduzido da sala de reuniões da Associação de Moradores do Bairro 1º de Maio isso não foi possível, então, pensámos em realizar as sessões para as crianças/jovens, na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira. Esta Escola é frequentada pelo maior número de crianças/jovens residentes do Bairro. Posteriormente, procedeu-se ao contacto com a Escola que acedeu de imediato.

Foram realizadas 4 sessões de formação/educação sobre o tema “Alimentação Saudável na Adolescência” (ANEXO II), a duas turmas do 7º ano e duas turmas do 8º

ano. Após a realização das sessões, foram aplicados questionários de avaliação da formação aos alunos (ANEXO III) e foram distribuídos folhetos informativos (ANEXO IV) e tratados os dados resultantes do questionário de avaliação aplicados aos alunos, sobre os seus hábitos alimentares, bem como o seu cálculo do Índice de Massa Corporal (ANEXO V).

Numa das sessões de formação, e após o convite efectuado pela Unidade de Saúde contámos com a presença da coordenadora do Gabinete do Seixal Saudável.

Sem dúvida, que a alimentação e os estilos de vida saudáveis não se adquirem de um dia para o outro, mas o nosso desempenho enquanto enfermeiros na comunidade é o de estabelecer relações de proximidade (com a família, a criança/jovens e a escola) promovendo a saúde, prevenindo a doença e assim adquirirmos ganhos em saúde.

7-METODOLOGIA

É na fase metodológica que o investigador determina as estratégias e os procedimentos, com a finalidade de encontrar resposta ao problema por ele definido e comprovar ou não as questões levantadas.

O trabalho de investigação será credível e aceite pela comunidade que o avalia, se seguir uma determinada metodologia científica, segundo FORTIN (1999, p.372) consiste “...num conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Sendo também parte de um relatório, em que se descrevem os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”. Para a mesma autora (1999, p.108) “...a fase metodológica operacionaliza o estudo”, inclui o tipo de estudo, população e amostra, método de colheita de dados, procedimentos de tabulação e análise dos dados e implicações éticas.

Quando se constrói um puzzle, só utilizando um método, conseguimos agrupar as diferentes peças em conjuntos lógicos e fundamentais para a concretização do produto final. Este raciocínio é igualmente válido numa investigação, onde as “...diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.” (FORTIN, 1999,p.40).

Segundo FORTIN (1999, P.41) é na fase metodológica que “o investigador determina os métodos que utilizará para obter respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

7.1-TIPO DE ESTUDO

É a questão central que precede o domínio em estudo que direcciona a evolução dada à investigação. A investigação foi a caracterização da população infantil residente no Bairro 1º de Maio, e a promoção de hábitos de vida saudáveis nas crianças/jovens, com sessões de educação para a saúde na Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira. Contribuindo assim para a promoção da saúde abrangendo o programa da saúde escolar. Assim, para FORTIN (1999, p.137), “a investigação descritiva visa “ denominar,

clarificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”, de forma a tornar o fenómeno conhecido. Deste modo, visa-se definir e clarificar conceitos, descrevendo os factos identificados.

Para GIL (1994, p.44) o estudo descritivo tem “ *como objectivo primordial a descrição das características de determinada população, de fenómenos ou então, o estabelecimento da relação entre as variáveis*”.

Quanto ao estudo descritivo para ANDRADE (1994, p.94) “*o estudo descritivo apresenta características especiais que os distingue dos outros: uma das características da pesquisa descritiva é a técnica padronizada da colheita de dados, realizada principalmente através de questionários e da observação sistemática*”.

Para CERVO et al (1983, p.56) referem que os estudos descritivos “ *tratam do estudo e descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada*”.

Após tomarmos em consideração a nossa questão inicial, optamos pela realização de um estudo quantitativo que segundo FORTIN (1999, p.22) se trata de “ *um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseado na observação de factos objectivos, acontecimentos e fenómenos existentes*”.

Relativamente ao tipo de estudo, como já referi anteriormente trata-se de um estudo descritivo simples.

7.2-OBJECTIVOS

- Identificar o número de crianças/jovens existentes no Bairro, em idade escolar;*
- Identificar o número de crianças/jovens que realizaram consultas de vigilância de saúde infantil;*
- Identificar o número de crianças/jovens que realizaram exames globais de saúde nas idades chave, definidas pelo Programa de Saúde Infantil;*
- Identificar o número de crianças/jovens com insucesso escolar.*

Para atingirmos estes objectivos, foi necessário caracterizarmos a população infantil em idade escolar, promovendo a saúde e tratando situações de doença, entre outras, sem esquecer a cultura, a religião, a idade, as condições habitacionais das famílias em que estão inseridas as crianças/jovens, de modo a identificar situações de insucesso escolar.

Este projecto tem uma orientação base, e partindo desta orientação, procuramos adquirir competências através do aumento dos conhecimentos, da experiência nos diferentes momentos de intervenção no Bairro 1º de Maio, das actividades desenvolvidas, bem como da nossa experiência como Enfermeiras ao longo destes anos de trabalho.

É sem dúvida, e continua a ser um grande desafio, entrarmos no Bairro e conhecermos a sua dinâmica e funcionamento, quem são as pessoas, o que fazem, o que precisam e em que vamos poder ajudá-las.

Ao intervir neste bairro, pretendemos manter contacto com todo o ciclo de vida da população residente. Desta forma, esperamos abranger os vários programas de saúde, no âmbito da vacinação, planeamento familiar, saúde infantil, saúde do idoso e na promoção de hábitos de vida saudáveis.

7.3-POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é definida por FORTIN (1999, p.202), como *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*. É necessário definirmos de forma precisa a população a estudar e, conseqüentemente, os elementos que a constituem. Para FORTIN (1999, p.202), *“uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.”*

Assim, a nossa população alvo sobre a qual o estudo incidiu, foi constituída por todas as famílias com crianças/jovens residentes no Bairro 1º de Maio.

Devido às características do estudo, não foi possível termos acesso a toda a população. Das 20 famílias a inquirir, apenas entrevistamos 17 residentes. Constituindo estes a nossa população acessível.

Segundo FORTIN (1999, p.41) “*a população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador*”.

Para a selecção da amostra estabelecemos os seguintes critérios:

- Pessoas que demonstrem competência cognitiva para responderem aos inquéritos;
- Pessoas maiores de 18 anos residentes no Bairro 1º de Maio, com crianças em idade escolar.

7.4-TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ter em atenção os objectivos do estudo e o tipo de questões colocadas. Optámos assim, pela utilização de um inquérito em forma de questionário (Anexo I), que facilita a análise dos dados, permite os diversos factores, analisar os conteúdos a abordar e permite a confidencialidade e anonimato. FORTIN (1999, p.245), considera que o questionário permite “*colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes*”. Ainda segundo a mesma autora (1999, p.249) o questionário “*é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa*”.

Ao realizarmos este estudo, foi nosso intuito utilizarmos uma técnica de recolha de dados que, perante a população escolhida, permitisse obter as informações necessárias para o conhecimento desta, através da sua caracterização em diversos aspectos, e para a análise e intervenção junto da população infantil. Para QUIVY & CAMPENHOUDT, tendo em consideração estes objectivos, o método de inquérito por

questionário “...é especialmente adequado” (1998, p.189). Estes autores referem, assim, que um questionário “ *Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos,... uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento ou de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores...*” (1998, p.188).

Em termos de apresentação, o questionário apresenta uma capa ilustrativa e identificativa do estudo.

O questionário é composto por uma nota introdutória, que inclui informação acerca das razões que determinaram a realização do estudo, uma curta apresentação da temática, tentando motivar os inquiridos, a explicação da importância das respostas, a importância da confidencialidade dos dados do questionário e o agradecimento final pela colaboração cedida.

Relativamente às questões, foi nosso objectivo elaborá-las da forma mais clara e precisa possível, tendo estas sido organizadas segundo uma divisão e estruturação em quatro temáticas distintas, indo ao encontro dos nossos objectivos, e ajustadas ao modelo de análise:

Parte A – Caracterização da Família;

Parte B – Caracterização da Criança/jovens;

Parte C - Saúde;

Parte D - Educação.

O questionário apresenta assim, um total de doze (12) questões, respeitando as respostas de LAKATOS & MARCONI: que menciona que “ *O questionário deve ser limitado em extensão e em finalidade. Se for muito longo, causa fadiga e desinteresse; se curto demais, corre o risco de não oferecer suficientes informações.* (1990, p.90).

As perguntas colocadas apresentam-se de uma (1) forma: fechadas (dicotómicas e de escolha múltipla).

Com a Parte A pretendemos obter uma Caracterização da Família. Esta parte apresenta 2 questões, colocadas ao inquirido sobre os tipos de família em que a criança(s)/jovens estão inseridas e o grau de parentesco da pessoa inquirida em relação á criança(s)/jovens.

Com a Parte B pretendemos obter a Caracterização da Criança/jovens. É composta por 3 questões, fazendo referência ao número de crianças/jovens residentes por habitação, o género, a idade da(s) criança(s)/jovens.

Com a Parte C procurarmos dar ênfase à temática da Saúde, tentando obter informação acerca do que esta representa para cada inquirido. Esta parte apresenta 5 questões, colocadas ao inquirido sobre a saúde da criança/jovens, se tem boletim de vacinas actualizado, se a criança/jovens efectuou Exame Global de Saúde, se realizou consulta de Higiene Oral e se possui algum problema se saúde.

Com a Parte D pretendemos obter informação sobre a Educação. Esta parte apresenta 2 questões, sendo a primeira questão, referente á situação escolar da criança/jovens (se frequenta ou não a escola) e a segunda questão referente ás habilitações literárias concluídas da criança/jovens.

7.4.1-Validação do Instrumento de Recolha de Dados

Foi necessário elaborar, um instrumento de colheita de dados, de modo a caracterizarmos a família, o número de crianças/jovens em idade escolar e se as crianças/jovens tem insucesso escolar.

Posteriormente, este instrumento de colheita de dados foi validado pela Enf^a Orientadora e pela Professora Tutora, com o objectivo de aferir a adequação e pertinência das questões, relativamente à problemática em estudo e aos respectivos objectivos.

7.4.2-A Logística da Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Os questionários foram aplicados às famílias com crianças/jovens residentes no Bairro, numa primeira fase na Associação de Moradores do Bairro e posteriormente nas habitações dos moradores. Iniciámos a aplicação do instrumento de colheita de dados no dia 23 de Novembro de 2009 e terminámos a 28 de Janeiro de 2010. O seu preenchimento ocorreu, ao final do dia de modo a abranger um maior número de famílias. Em relação à população com uma actividade laboral semanal, os questionários foram aplicados ao fim-de-semana. O tempo médio na aplicação de cada questionário não ultrapassou os 15 minutos. Durante a sua realização mostramo-nos disponíveis para esclarecer alguma dúvida que o formulário pudesse suscitar.

Segundo as exigências éticas de um trabalho de investigação, durante a implementação do questionário tivemos em atenção os seguintes aspectos:

- Fornecemos aos inquiridos toda a informação solicitada e necessária, para a posterior aceitação ou não da sua participação;
- Garantimos anonimato e confidencialidade das informações;
- Informámos os inquiridos que se poderiam retirar do estudo, se assim o desejassem, sem que daí adviesse qualquer dano, não implicando tal situação prejuízo no seu atendimento.

7.5-TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento de dados foi realizado tendo por base a abordagem quantitativa desta investigação. Assim, antes de proceder ao tratamento e análise dos dados começámos por enumerar os questionários de 1 a 17.

De seguida, elaborámos uma base de dados recorrendo ao programa Excel da Microsoft, base essa para onde transcrevemos toda a informação obtida nas respostas dos 17 questionários.

Posteriormente, o tratamento dos dados foi efectuado através de uma estratégia de análise estatística, utilizando o programa acima descrito e o Word, também da Microsof.

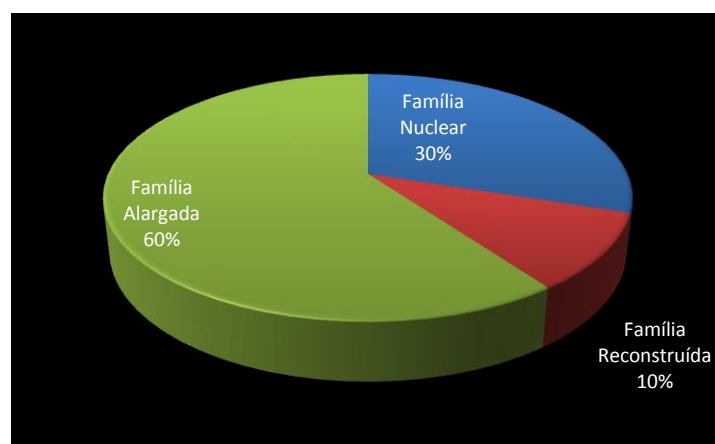
8-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados, seguiu-se o tratamento de dados através da estatística descritiva, tendo por base o problema desta investigação. A apresentação dos dados obtidos, será realizada através de gráficos, associados a texto narrativo, que analisa e os confronta com o enquadramento teórico. Pretendemos desta forma, fazer uma apresentação clara, facilitando ao leitor a sua compreensão.

- A população infantil estudada, é constituída por 100% (20) crianças/jovens, distribuídas por 17 famílias.

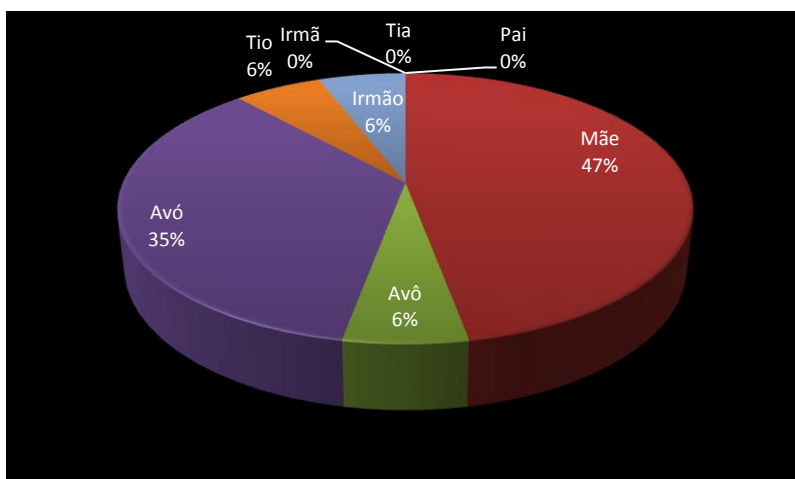
Pela análise do gráfico 1, constatámos que das 17 pessoas inquiridas sobre o tipo de família em que as 20 crianças/jovens estavam inseridas, verificámos que as crianças/jovens estavam distribuídas por 3 tipos de família, 60% (12) pertenciam a famílias alargadas, 30% (6) a famílias nucleares e 10% (2) a famílias reconstruídas.

Gráfico 1 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo o **tipo de família**



Relativamente ao gráfico 2, verificámos que 47% (8) mães responderam ao questionário, seguidas das avós com 35% (6) das crianças/jovens.

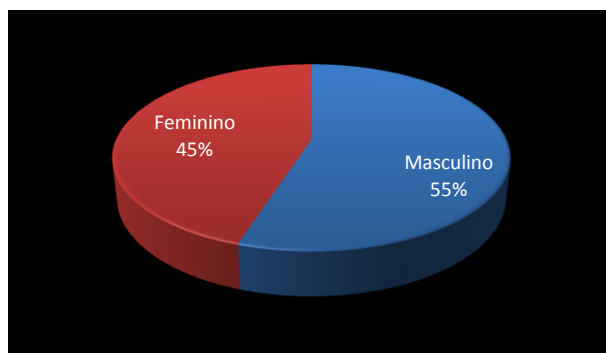
Gráfico 2 – Caracterização do grau de parentesco do inquirido/relação às crianças/jovens



- Relativamente ao número de crianças/jovens distribuídas por habitação, verificámos que 14 habitações tinham 1 criança/jovem e que 3 habitações tinham 2 crianças/jovens.

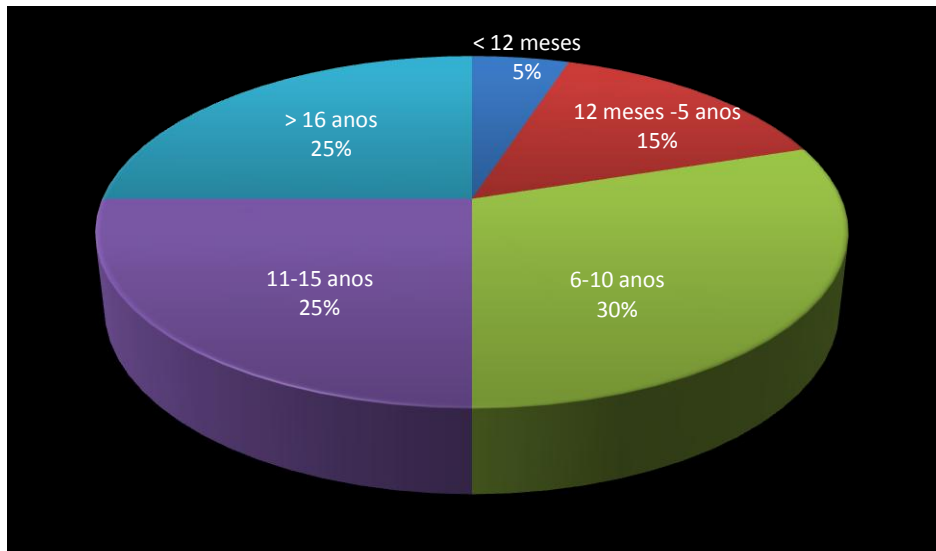
Atendendo ao gráfico 3, constatámos que 55% (11) crianças/jovens são do género masculino e 45% (9) são do género feminino.

Gráfico 3 – Distribuição das crianças/jovens segundo o género



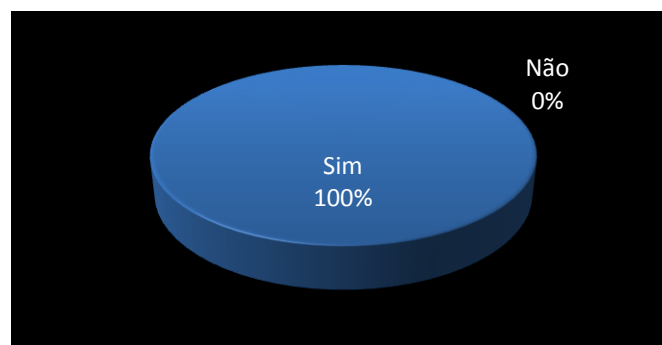
Relativamente ao gráfico 4, verificámos que 30% (6) das crianças/jovens tem idades compreendidas entre os 6-10 anos, 25% (5) entre os 11-15 anos e que 15% (3) tem idades compreendidas entre os 12 meses-5 anos.

Gráfico 4 - Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **idade**



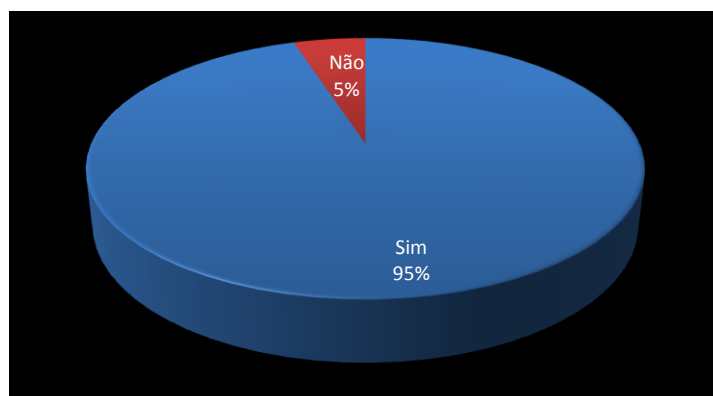
Atendendo ao gráfico 5, verificámos que 100% (20) das crianças/jovens têm feito consultas de vigilância de saúde infantil.

Gráfico 5 - Distribuição do número de **crianças/jovens** segundo as **consultas de vigilância de saúde infantil**



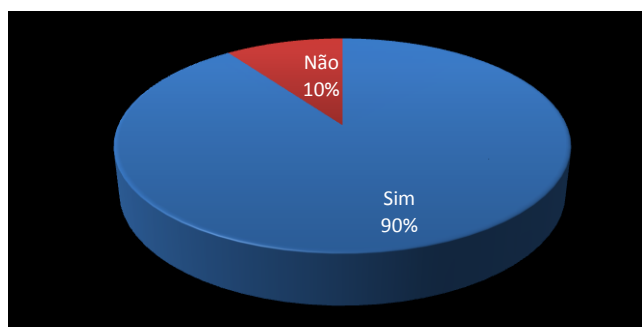
Atendendo ao gráfico 6, verificámos que 95% (19) das crianças/jovens possuem boletim de vacinas actualizado e os restantes 5% (1) não tem boletim actualizado.

Gráfico 6 - Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **actualização do boletim de vacinas**



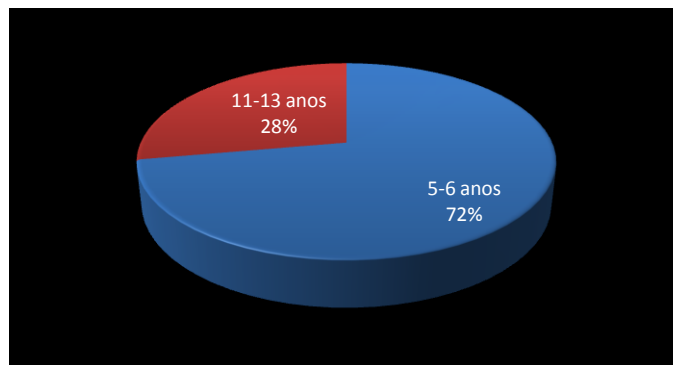
A partir do gráfico 7, verificámos que 90% (18) das crianças/jovens realizaram Exame Global de Saúde e que 10% (2) não realizaram.

Gráfico 7 - Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **realização do Exame Global de Saúde**



Ao analisármos o gráfico 8, verificámos que 72% (13) crianças/jovens realizaram Exame Global Exame dos 5-6 anos e que 28% (5) realizaram Exame Global de Saúde dos 11-13 anos.

Gráfico 8 - Distribuição das **crianças/jovens** segundo as **idades-chave de realização do Exame Global de Saúde**



Relativamente ao gráfico 9, constatámos que 85% (17) das crianças/jovens efectuaram Consulta de Higiene Oral e que 15% (3) não efectuaram a referida consulta.

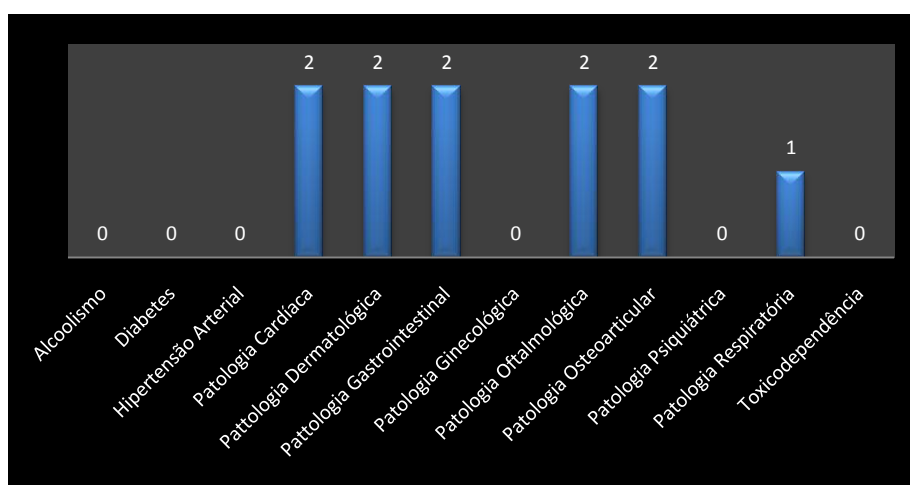
Gráfico 9 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **Consulta de Higiene Oral**



- Constatámos que 55% (11) das crianças/jovens tem patologias e que 45% (9) consideram-se saudáveis.

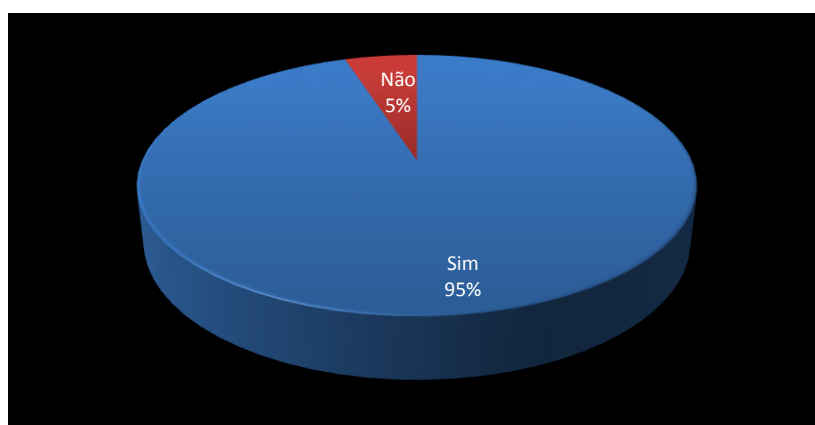
A partir do gráfico 10, verificámos que 18% (2) das crianças/jovens apresentam patologia cardíaca, em igual número com as patologias dermatológica, gastrointestinal, oftalmológica e osteoarticular e que 10% (1) apresentam patologia respiratória.

Gráfico 10 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **sua patologia**



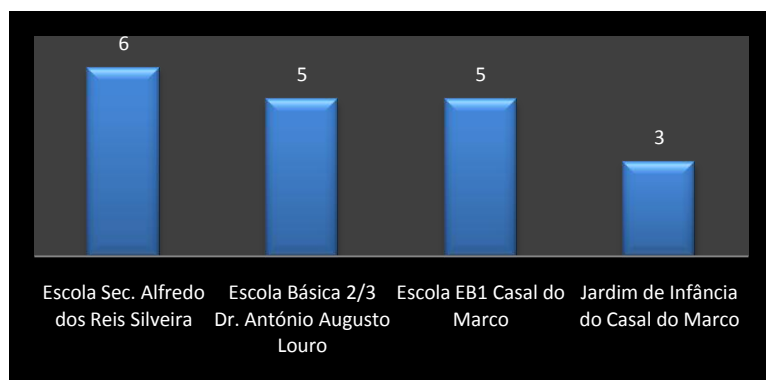
Atendendo ao gráfico 11, verificámos que 95% (19) crianças/jovens frequentam a escola e que 5% (1) não frequenta a escola.

Gráfico 11 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **escola/residência**



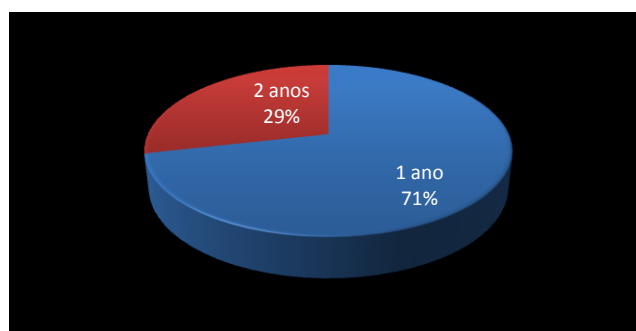
A partir do gráfico 12, analisámos que 32% (6) das crianças/jovens frequentam a Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira e que 26% (5) frequentam a Escola EB1 do Casal do Marco.

Gráfico 12 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **escola/jardim de infância**



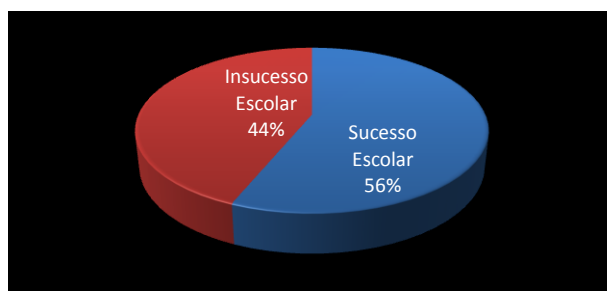
Atendendo ao gráfico 13, verificámos que 71% (5) crianças/jovens reprovaram 1 ano e que 29% (2) reprovaram 2 anos.

Gráfico 13 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo a **falta de aproveitamento escolar**



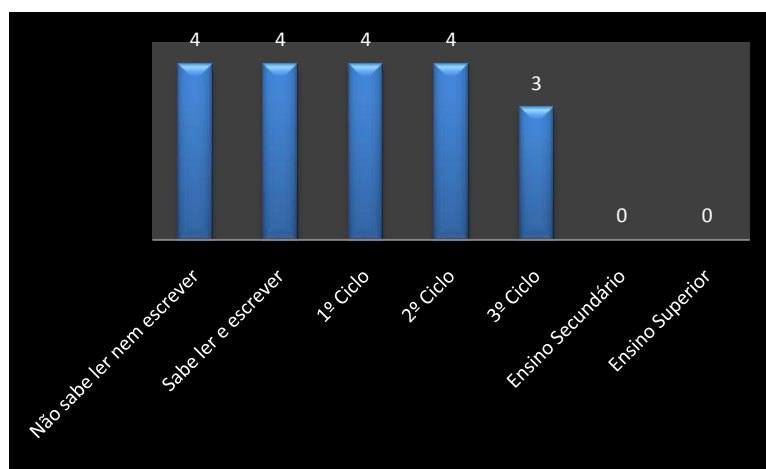
Pelo gráfico 14, constatámos que 56% (9) das crianças/jovens tiveram sucesso escolar e que 44% (7) tiveram insucesso escolar. Foram excluídas as 3 crianças que frequentam o Jardim de Infância.

Gráfico 14 – Caracterização das **crianças/jovens** segundo **Sucesso/Insucesso Escolar**



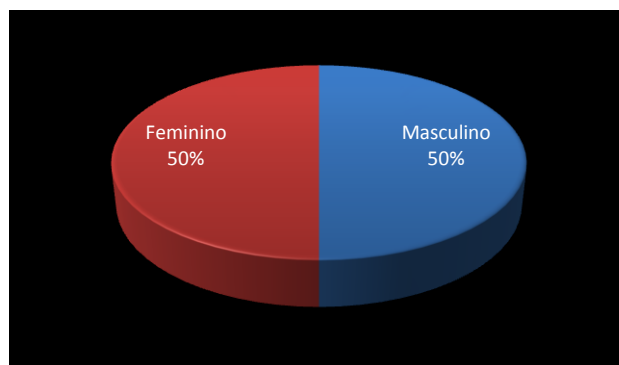
Relativamente ao gráfico 15, verificámos que 21% (4) das crianças/jovens tem como habilitações literárias o 1º ciclo, logo seguidas de 16% (3) com o 3º ciclo concluído.

Gráfico 15 – Distribuição das **crianças/jovens** segundo as **habilitações literárias concluídas**



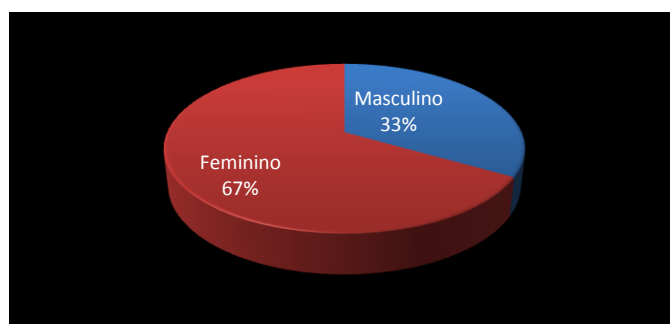
Atendendo ao gráfico 16, verificámos que 50% (3) das crianças/jovens encaminhadas para consulta de higienista oral eram do género feminino e que 50% (3) eram do género masculino.

Gráfico 16–Caracterização do **género das crianças/jovens/encaminhamento para a Consulta da Higienista Oral**



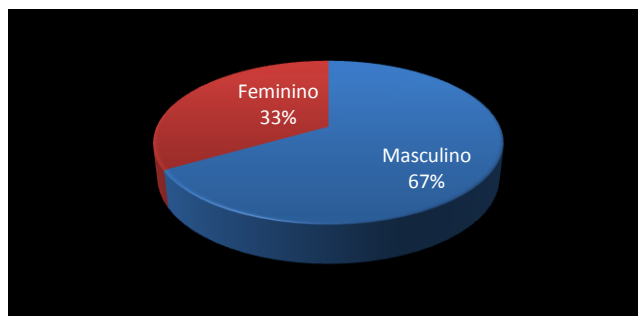
Relativamente ao gráfico 17, verificámos que 63% (2) crianças/jovens do género feminino e 33% (1) do género masculino, foram encaminhadas para apoio social.

Gráfico 17–Caracterização do **género das crianças/jovens/encaminhamento para Apoio Social**



Atendendo ao gráfico 18, constatámos que 67% (4) de crianças/jovens encaminhadas para a consulta médica eram do género masculino e 33% (2) do género feminino.

Gráfico 18 – Caracterização do **género das crianças/jovens/encaminhamento para Consulta de Vigilância de Saúde Infantil**



Em resumo:

♦Famílias inquiridas: (17 famílias)

- 100% (20) das crianças/jovens pertencem a 17 famílias residentes no Bairro 1º de Maio;
- 60% (12) das crianças/jovens pertencem a famílias alargadas;
- 47% (8) das mães responderam ao questionário;
- 55% (11) das crianças/jovens são do género masculino;
- 30% (6) das crianças/jovens tem idades compreendidas entre os 6 e 10 anos;
- 100% (20) das crianças/jovens tem feito vigilância de saúde infantil;
- 95% (19) das crianças/jovens tem boletim de vacinas actualizado;
- 90% (18) das crianças/jovens realizaram Exame Global de Saúde;

- 72% (13) das crianças/jovens realizaram Exame Global de Saúde dos 5-6 anos;
- 28% (5) das crianças/jovens realizaram Exame Global de Saúde dos 11-13 anos;
- 85% (17) das crianças/jovens efectuaram consulta de Higienista Oral;
- 55% (11) das crianças/jovens tem patologias;
- 95% (19) das crianças/jovens frequentam a escola/jardim de infância e 5% (1) não frequenta;
- 32% (6) das crianças/jovens frequentam a Escola Secundária Alfredo dos Reis Silveira;
- 44% (7) das crianças/jovens tem insucesso escolar;
- 16% (3) das crianças/jovens possuem o 3º Ciclo;
- 50% (3) das crianças/jovens do género feminino e 50% (3) do género masculino foram encaminhadas para consulta de Higienista Oral;
- 67% (2) das crianças/jovens do género feminino foram encaminhadas para apoio social;
- 67% (4) das crianças/jovens do género masculino foram encaminhadas para Consulta de Vigilância de Saúde Infantil.

9- CONCLUSÃO

Este trabalho, tem sem dúvida rodas para caminhar ao encontro da população residente no Bairro 1º de Maio.

No início deste trabalho, a população mostrou-se muito receptiva e colaborante, ajudando diáriamente a caracterizar e a identificar quais os problemas existentes no Bairro. Constatámos também que as famílias com crianças/jovens são muito contidas nos seus comentários.

É importante referirmos, que este projecto continua a ser trabalhado e aperfeiçoado com as pessoas do Bairro, pois todos os dias à situações novas às quais tentamos dar resposta, por esse motivo pensamos que é um projecto com necessidades de intervenção a longo prazo.

Sendo importante a participação de todos na resolução das necessidades identificadas, muitas vezes é necessário melhorar e articular com vários recursos da comunidade de modo a obtermos ganhos em saúde e ganhos para a população.

É de referimos que, estamos de acordo com HANSON, ao referir que *“Os enfermeiros de saúde pública na comunidade interagem frequentemente em arenas da política local e estatal, ao alertarem os legisladores para os problemas de saúde nas suas comunidades. Os enfermeiros podem testemunhar directamente os efeitos que estes problemas de saúde têm sobre as famílias dentro da comunidade”* (2001, p.381).








Deste modo devemos referir que foi com entusiasmo que concluímos este trabalho, aguardando a resolução das prioridades identificadas pela população do Bairro, resultantes do diagnóstico de situação, bem como a resolução dos encaminhamentos efectuados.

Consideramos que este trabalho contribuiu para um aumento de conhecimentos, quer a nível da metodologia de investigação, quer na área do tema em estudo.

Norteando-nos a uma intervenção de enfermagem global e mais eficaz nesta população específica.

10-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de; **Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**, 9ª ed.-Lisboa: UCP, 2008.-180p.
- 📖 CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro- **Metodologia da Investigação: Guia para a Auto- aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353 p. ISBN 972-674-231-5.
- 📖 COSTA, Maria Armanda; **Cuidar Idosos-Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**. 2ª ed. Coimbra 2006. Formasau.
- 📖 FORTIN, Marie-Fabienne- **O Processo de Investigação**. Loures: Ed. Lusociência, 1999. 388 p. ISBN 972-8383-10.
- 📖 GOMES-Pedro JC; Pina AC; Correia EV; Santos JLC; Magro MM. **Para uma revisão do sistema de promoção de Cuidados de Saúde Escolar**. Relatório do grupo de trabalho Interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde). Lisboa 1990.
- 📖 HANSON, Shirley; - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família- Teoria, Prática e Investigação**, Lisboa: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-83-5.
- 📖 LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade- **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994. 235 p. ISBN 85-224-0714-2.

-  LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade- **Técnicas de Pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p. ISBN 85-224-8601-4.
-  LANCASTER, Jeanette- História da Saúde e Enfermagem Comunitária. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette- **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**, Lisboa : Lusociência, 1999. Cap.1. p.3-19. ISBN 972-8383-05-3.
-  Ministério da Saúde.Plano Nacional de Saúde 2004-2010.Volume 1.Prioridades e Volume 2.Orientações estratégicas.Julho de 2004.
-  OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. Word Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999
-  POLLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P.- **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. ISBN 85-7307-101.
-  QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van-**Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª edição. Lisboa: Ed. Gradiva, Janeiro 1998. 282p. ISBN 972-662-275-1.
-  VIEIRA, Margarida;-**Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência**-2ª edição.Lisboa 2008.Universidade Católica Portuguesa ISBN 978-972-54-0195-8

 **Endereços Electrónicos:**

<http://www.ordemenfermeiros.pt>

<http://www.portaldasauade.pt/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doenc...>

<http://atelier.hannover2000.mct.pt/~pr514/escolas.htm>

ANEXOS



UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

DA

TORRE DA MARINHA

QUESTIONÁRIO

Torre da Marinha

Novembro 2009



UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA TORRE DA MARINHA

A família é a primeira escola da criança e deve ter como objectivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afectivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes. Uma escola que se proponha promover a saúde, deve mobilizar a participação directa da comunidade, dos serviços de saúde, dos pais, da própria escola e de parceiros diversos.

Desde 2002, é o Ministério da Saúde que tem a tutela da Saúde Escolar.

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados.

Para podermos planear a nossa intervenção, gostaríamos de lhe colocar algumas questões. O questionário é totalmente anónimo, isto é, não iremos perguntar nem registar o seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique.

Questionário

A-Characterização da Família

1-Tipo de família:

- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família alargada

2.Grau de Parentesco do entrevistado em relação á(s) criança(s)

- Pai Mãe Avô Avó Tia Tio Irmão Irmã
- Outros

B- Caracterização da Criança

3. Quantas crianças residem em casa?

1 2 3 4 >5

4. Qual o sexo da (s) criança(s)?

M F

5. Idade da(s) criança(s):

< 12M 12M a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos > 16
anos

C-Saúde

6. A(s) criança(s) tem o seu boletim de vacinas actualizado?

Sim Não

7. A(s) criança(s) efectuou Exame Global de Saúde?

Sim Não

8. Qual:

5-6 anos 11-13 anos

- 3º Ciclo
- Ensino Secundário
- Ensino Superior
- Outros

Obrigado pela colaboração!

ANEXO II-Sessão de formação sobre “Alimentação Saudável na Adolescência”

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE-SEIXAL E SE SIMBRA
UCSP-TORRE DA MARINHA



ESCOLA SECUNDÁRIA ALFREDO DOS REIS SILVEIRA

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA



Realizado por:
Enf^ª Discente: Sónia Dias
Enf^ª Orientadora: Inês Duarte

TORRE DA MARINHA
JANEIRO DE 2010

NUTRIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

- ♦ A **Nutrição** é: “um processo biológico através do qual os organismos assimilam alimentos ou nutrientes para a realização das suas funções vitais, tais como o crescimento, desenvolvimento e reprodução”.



NUTRIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

- ◆ A **Adolescência** é: “a fase do desenvolvimento humano que marca a transição entre a infância e a idade adulta”.



- A adolescência é uma fase que requer bons hábitos alimentares, pois é necessária uma maior quantidade de nutrientes, essenciais para o desenvolvimento físico e psíquico dos adolescentes.
- Segundo a Organização Mundial de Saúde, os adolescentes são pessoas com idade entre os 10 e 19 anos e representam 20% da população global.
- Cerca de 84% dos adolescentes, residem em Países em vias de desenvolvimento.

- “Adolescente que se alimenta bem, será um adulto saudável”.



☺ A adolescência é um dos períodos mais importantes no desenvolvimento humano. Esta fase de crescimento é considerada especialmente vulnerável para os adolescentes, em termos nutricionais por várias razões:



⇒ mudança de estilo de vida e hábitos alimentares;

⇒ a imagem corporal é essencial para a aceitação no grupo de amigos;

⇒ os grupos de amigos influenciam as escolhas alimentares;



⇒ ingerem comida rápida em substituição de refeições caseiras;

⇒ comem para aliviar a fome, sem se preocuparem com o valor nutricional dos alimentos.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

● Uma alimentação equilibrada é um dos principais hábitos para uma vida saudável. Comer saudavelmente contribui para o bem estar e ajuda na prevenção de doenças, tais como:

- ◆ Obesidade;
- ◆ Hipertensão Arterial;
- ◆ Colesterol;
- ◆ Diabetes;
- ◆ Enfarte Agudo do Miocárdio;
- ◆ Acidente Vascular Cerebral;
- ◆ Anorexia;
- ◆ Bulimia;
- ◆ Outras.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O que deve fazer:

- ∞ Dividir os alimentos por 6 a 8 refeições ao dia;
- ∞ Respeitar o horário das refeições;
- ∞ Evitar comer muito de cada vez;
- ∞ Comer devagar;
- ∞ Alimentar-se ao pequeno- almoço (refeição mais importante);
- ∞ Ingerir alimentos ricos em proteínas, cálcio e ferro (importantes na adolescência);



ALIMENTOS ACONSELHADOS

- ☞ Carnes: de preferência carnes brancas (ex: frango sem pele, peru ou coelho);
- ☞ Peixes: de preferência peixes gordos (ex: carapau, sardinha, cavala, peixe espada preto, salmão, sarda, enguia e atum);
- ☞ Frutas, hortaliças e vegetais frescos (fibras);
- ☞ Produtos hortícolas (são fontes de vitaminas, minerais e fibras e fornecem poucas calorias);
- ☞ Leguminosas, cereais e derivados (feijão, grão, lentilhas, arroz, massa, pão e cereais de pequeno-almoço), todos são permitidos mas um de cada vez, em quantidades moderadas. São fonte de energia para o organismo;



- ☞ Ingerir leite, iogurtes, queijo e requeijão meio gordos ou magros, ovos (não fritos). São ricos em proteínas, cálcio e fósforo;
- ☞ Gorduras: azeite e gorduras vegetais não hidrogenadas (óleo de milho e de girassol);
- ☞ Bebidas: beber pelo menos 1,5l a 2l de água por dia, chás e infusões;
- ☞ Temperar com ervas e legumes aromáticos.



ALIMENTOS NÃO ACONSELHADOS

- ➔ Reduzir os açúcares, incluindo as bebidas e sumos doces (refrigerantes);
- ➔ Carnes gordas, produtos de charcutaria e salsicharia;
- ➔ Alimentos processados: pizzas, hambúrgueres, rissóis, pastéis, fritos;
- ➔ Conservas e enlatados;
- ➔ Caldos Knorr, natas, batatas fritas, chocolates;
- ➔ Ingestão de bebidas alcoólicas, doces e café.
- ➔ Reduzir o consumo de sal.



PREVENÇÃO

- Reduzir a ingestão de sal na alimentação;
- Não consumir bebidas alcóolicas;
- Praticar exercício físico;
- Realizar refeições saudáveis e equilibradas;
- Cessaçãõ do hábito de fumar;
- No caso de adolescentes obesos é aconselhável uma redução de peso;
- Consultar o Enfermeiro, Nutricionista ou Médico de Família se pretende iniciar dieta.



Não devemos esquecer que:

A nossa saúde está mesmo nas nossas mãos...













e na nossa...





OBRIGADO...

BIBLIOGRAFIA

-  <http://www.dgs.pt/>
-  <http://www.fpcardiologia.pt/default.aspx>
-  http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/cnt_id/576/
-  <http://www.gastronomias.com/diabetes/viver.htm>
-  <http://www.apdp.pt/alimentacao06.asp>
-  <http://www.alimentacao-e-obesidade.blogspot.com>
-  <http://www.alimentacaosaudavel.org/Transtornos-Alimentares.html>
-  <http://www.alimentacaosaudavel.org/Legumes.html>
-  <http://www.alimentacaosaudavel.org/refeicoes-antes-desporto.html>
-  diabetes@apdp.pt

ANEXO III-Questionário de avaliação da formação “Alimentação Saudável na
Adolescência”



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE - SEIXAL E

SESIMBRA DA PENÍNSULA DE SETÚBAL II

UCSP DA TORRE DA MARINHA



“Alimentação Saudável na Adolescência”

Questionário de avaliação da formação

Turma _____

Idade-_____ *Sexo* M F *Peso*-_____ *Altura*-_____

1-Os Adolescentes devem fazer 6 a 8 refeições por dia?

Verdadeiro

Falso

2-Na alimentação saudável é aconselhável a ingestão de mel, açúcar e fritos?

Verdadeiro

Falso

3-Na alimentação saudável é aconselhável a ingestão de água, leite e frutas?

Verdadeiro

Falso

4- Qual a refeição do dia que é mais importante?

- Pequeno - Almoço
- Almoço
- Lanche
- Jantar

5- De manhã tomas o Pequeno- Almoço em casa?

- Sim
- Não

6- Praticas exercício físico?

- Sim
- Não

7-Consideras a tua alimentação saudável?

- Sim
- Não

8-A carne magra e o peixe gordo fazem parte da alimentação saudável?

- Verdadeiro
- Falso

9-O álcool, o tabaco e a falta de exercício físico provocam várias doenças?

- Verdadeiro
- Falso

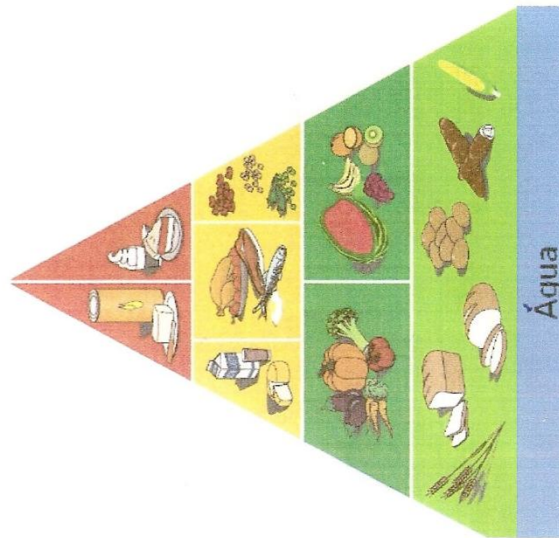
Obrigado pela colaboração!

ANEXO IV-Folheto sobre “Alimentação Saudável na Adolescência”



Agrupamento de Centros de Saúde – Seixal
e Sesimbra
UCSP- Torre da Marinha

Alimentação Saudável



Agrupamento de Centros de Saúde – Seixal
e Sesimbra
UCSP- Torre da Marinha

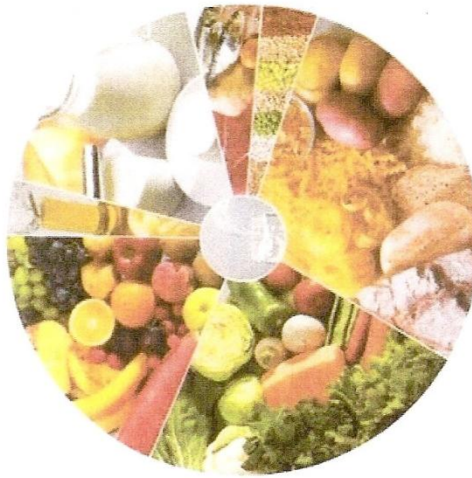


REALIZADO POR:

Enf.ª Discente: Sónia Dias

Enf.ª Orientadora: Inês Duarte

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ADOLESCÊNCIA

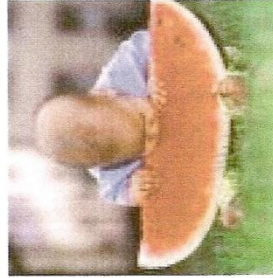


Alimentação

O primeiro passo para uma vida saudável!

Alimentação Saudável

- ⇒ 6 a 8 refeições por dia;
- ⇒ Respeitar o horário das refeições;
- ⇒ Beber 1,5L a 2L de água por dia;
- ⇒ Evitar o consumo de açúcar;
- ⇒ Consumir 2 a 3 peças de fruta por dia;
- ⇒ Consumir legumes e hortaliças;
- ⇒ Consumir peixes gordos (salmão, sardinha, carapau);
- ⇒ Consumir carnes magras (peru, frango e coelho);



Prevenção

- ⇒ Reduzir o consumo de sal (substituir por ervas aromáticas e limão);
- ⇒ Perder peso;
- ⇒ Deixar de fumar;
- ⇒ Reduzir o stress;
- ⇒ Praticar exercício físico;
- ⇒ Evitar bebidas alcoólicas;
- ⇒ Reduzir o consumo de café;
- ⇒ Consultar o Enfermeiro, Nutricionista ou Médico de Família se pretende iniciar dieta.

ANEXO V-Resultados dos questionários de avaliação da formação “Alimentação Saudável na Adolescência”

Quadro 1 – Distribuição dos alunos da turma 7º A

	Sexo	Idade	Peso	Altura	IMC	Respostas	
						Correctas	Incorrectas
1	F	12	NR	1,62	Ind.	7	2
2	M	13	NR	NR	Ind.	5	4
3	F	13	50,00	1,60	19,53	8	1
4	M	15	90,00	1,76	29,05	8	1
5	M	14	62,00	1,71	21,20	8	1
6	F	12	NR	1,45	Ind.	7	2
7	F	12	NR	1,60	Ind.	4	5
8	F	12	NR	NR	Ind.	8	1
9	F	12	46,00	1,46	21,58	8	1
10	F	12	NR	NR	Ind.	7	2
11	F	12	42,50	1,63	16,00	9	0
12	F	12	45,00	1,55	18,73	9	0
13	M	17	NR	NR	Ind.	6	3
14	F	12	NR	1,65	Ind.	9	0
15	F	12	NR	NR	Ind.	9	0
16	F	12	NR	NR	Ind.	9	0
17	F	12	NR	1,54	Ind.	8	1
18	M	15	62,00	1,80	19,14	8	1
19	F	13	50,00	1,50	22,22	9	0
20	F	13	50,00	1,52	21,64	9	0
Média		12,85	55,28	1,60	21,01	7,75	1,25

NR-Não Responde

Ind-Indeterminado

Quadro 2 – Distribuição dos alunos da turma 7º B

	Sexo	Idade	Peso	Altura	IMC	Respostas	
						Correctas	Incorrectas
1	M	15	39	1,56	16,03	9	0
2	F	12	NR	1,62	Ind.	9	0
3	F	12	NR	1,60	Ind.	8	1
4	F	12	NR	1,51	Ind.	9	0
5	F	15	NR	1,58	Ind.	8	1
6	M	15	70	1,65	25,71	8	1
7	F	12	NR	NR	Ind.	8	1
8	F	12	45	1,55	18,73	9	0
9	F	13	59,5	1,62	22,67	7	2
10	M	16	70	1,76	22,60	9	0
11	M	13	NR	NR	Ind.	7	2
12	M	12	40	1,68	14,17	9	0
13	M	16	55	1,75	17,96	8	1
14	F	12	36	1,55	14,98	9	0
15	M	12	NR	1,50	Ind.	6	3
16	F	13	31	NR	Ind.	8	1
17	M	13	48,5	NR	Ind.	9	0
18	F	12	NR	1,55	Ind.	9	0
19	F	13	50	1,65	18,37	8	1
20	F	12	NR	1,62	Ind.	8	1
21	F	12	NR	1,62	Ind.	6	3
Média		13,05	49,45	1,61	19,02	8,14	0,86

NR-Não Responde

Ind.-Indeterminado

Quadro 3 – Distribuição dos alunos da turma 8º C

	Sexo	Idade	Peso	Altura	IMC	Respostas	
						Correctas	Incorrectas
1	F	14	NR	1,78	Ind.	8	1
2	F	14	58	1,63	21,83	7	2
3	F	13	45	1,55	18,73	9	0
4	F	13	50	1,70	17,30	9	0
5	M	15	150	1,80	46,30	7	2
6	M	13	49	1,66	17,78	9	0
7	F	13	NR	1,62	Ind.	9	0
8	F	13	NR	1,63	Ind.	7	2
9	F	13	68	1,68	24,09	8	1
10	M	13	59	1,60	23,05	9	0
11	F	14	65	1,60	25,39	7	2
12	M	17	65	1,85	18,99	8	1
13	M	14	60	1,65	22,04	8	1
14	F	13	58	1,62	22,10	8	1
15	M	13	56	1,78	17,67	9	0
16	M	13	80	1,85	23,37	7	2
17	M	13	45	1,53	19,22	7	2
18	M	14	NR	1,74	Ind.	7	2
19	M	13	65	1,75	21,22	7	2
20	M	16	50	1,80	15,43	9	0
21	F	14	51	1,66	18,51	8	1
Média		13,71	63,18	1,69	21,94	7,95	1,05

Quadro 4 – Distribuição dos alunos da turma 8º F

	Sexo	Idade	Peso	Altura	IMC	Respostas	
						Correctas	Incorrectas
1	F	13	49	1,72	16,56	9	0
2	F	13	56	1,76	18,08	9	0
3	F	14	52	1,68	18,42	9	0
4	F	13	56	1,63	21,08	7	2
5	F	13	48	1,61	18,52	9	0
6	F	13	50	1,60	19,53	9	0
7	M	15	80	1,85	23,37	9	0
8	M	14	NR	NR	Ind.	7	2
9	M	16	NR	1,73	Ind.	7	2
10	M	13	45	1,52	19,48	9	0
11	M	13	51	1,55	21,23	8	1
12	M	14	NR	1,69	Ind.	9	0
13	M	14	50	NR	Ind.	9	0
14	F	13	60	1,67	21,51	8	1
15	M	13	41	1,53	17,51	9	0
16	M	13	35	1,52	15,15	7	2
17	F	13	45	1,58	18,03	9	0
18	F	15	59	1,73	19,71	8	1
19	M	14	NR	1,70	Ind.	8	1
20	F	15	52	1,60	20,31	7	2
21	F	15	43	NR	Ind.	8	1
22	M	13	39	1,55	16,23	8	1
23	M	13	52	1,61	20,06	7	2
24	M	13	45	NR	Ind.	8	1
Média		13,67	50,40	1,64	19,11	8,21	0,79

NR-Não Responde

Ind.-Indeterminado

Quadro 5 – Distribuição dos **alunos por turma** segundo a **totalidade das respostas dos questionários de avaliação da formação**

Turma	Nº alunos por turma	Nº alunos que assistiram à formação	Sexo		Idades						Refeição que os alunos consideram mais importante				Toma o P.alm. em casa?		Pratica exercício físico?		Considera a sua alimentação saudável?		IMC médio
			M	F	12 a	13 a	14 a	15 a	16 a	17 a	P. al.	Alm.	Lanche	Jant.	S	N	S	N	S	N	
7º A	22	20	5	15	12	4	1	2	0	1	19	1	0	0	16	4	17	3	15	5	21,01
7º B	24	21	8	13	11	5	0	3	2	0	21	0	0	0	13	8	18	3	16	5	19,02
8º C	22	21	11	10	0	12	6	1	1	1	21	0	0	0	18	3	19	2	11	10	21,94
8º F	26	24	13	11	0	14	5	4	1	0	23	1	0	0	18	6	22	2	19	5	19,11
Total	94	86	37	49	23	35	12	10	4	2	84	2	0	0	65	21	76	10	61	25	

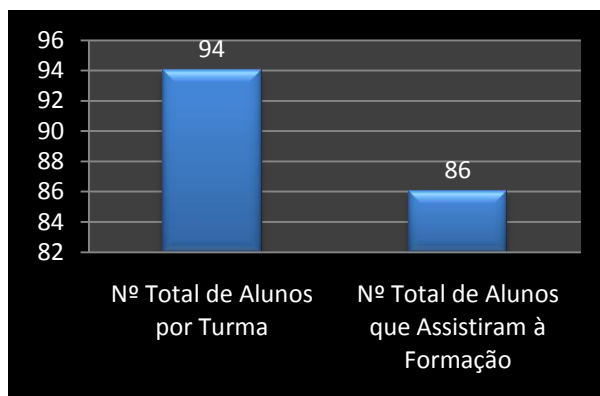
Quadro 6 – Distribuição dos **alunos** das 4 turmas segundo o **Índice de Massa Corporal**

IMC	Classificação	7º A	7º B	8º C	8º F	Total
< 19,99	Magreza	4	6	8	11	29
20 – 24,99	Normalidade	4	2	7	6	19
25 – 29,99	Excesso de Peso	1	1	1	0	3
30 – 39,9	Obesidade	0	0	0	0	0
> 40	Obesidade Mórbida	0	0	1	0	1
Total		9	9	17	17	52

Fonte: Adaptado de Programa de Controlo da Diabetes Mellitus em Cuidados de Saúde Primários, 1992.

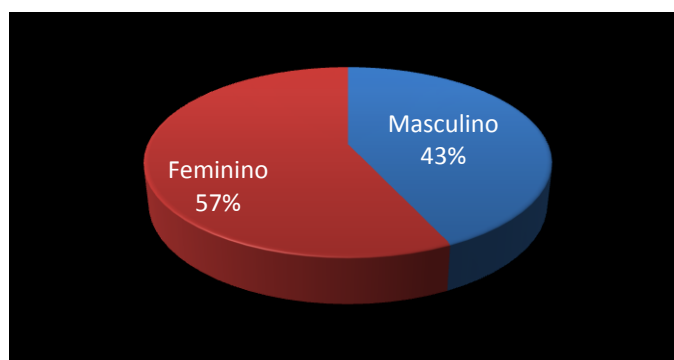
A partir do gráfico 1, verificámos que o número total de alunos por turma, era de 94 alunos distribuídos por 4 turmas, e que 86 alunos assistiram á formação sobre: “Alimentação Saudável na Adolescência”.

Gráfico 1 – Caracterização do **total de alunos por turma/total de alunos que assistiram à formação**



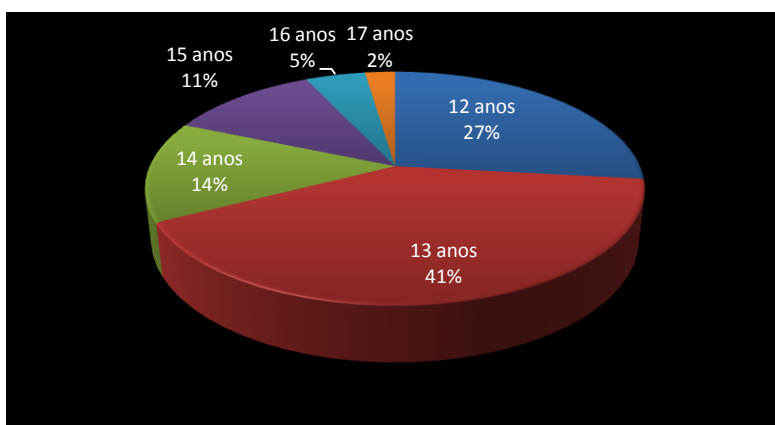
Pela análise do gráfico 2, verificámos que 57% (49) alunos das quatro turmas que assistiram à formação são de género feminino e que 43% (37) são do género masculino.

Gráfico 2 – Distribuição dos **alunos** segundo o **género**



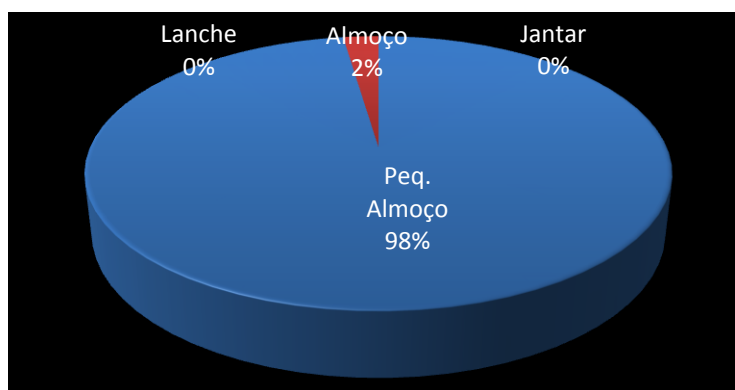
A partir da análise do Gráfico 3, verificamos que 41% (35) dos alunos que assistiram à formação têm 13 anos e que 27% (23) têm 12 anos, logo seguidos de 14% (12) com 14 anos de idade. Constatamos também que 2% (2) têm 17 anos.

Gráfico 3 – Distribuição dos **alunos abrangidos pela formação** segundo a **idade**



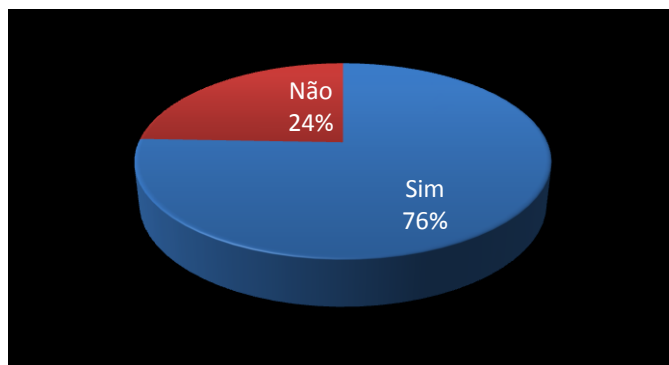
Atendendo ao Gráfico 4, constatamos que 98% (84) dos alunos, abrangidos pela formação, consideram o pequeno-almoço como sendo a refeição mais importante e que 2% (2) fazem referência ao almoço.

Gráfico 4 – Distribuição dos **alunos** segundo a **refeição que consideram ser a mais importante do dia**



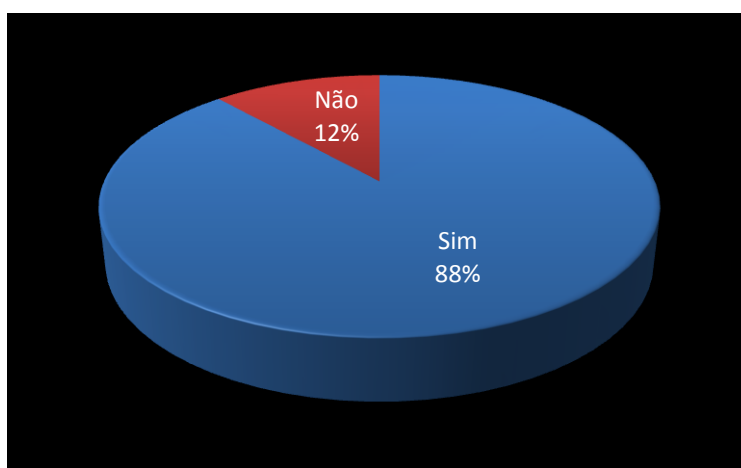
Relativamente ao Gráfico 5, verificámos que 76% (65) dos alunos, que assistiram à formação, tomam o pequeno-almoço em casa e que 24% (21) não o faz.

Gráfico 5 – Distribuição dos **alunos / Pequeno-Almoço em casa**



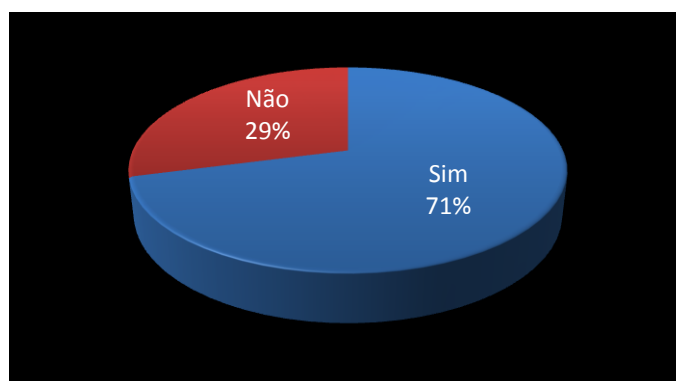
Analisando o Gráfico 6, constatámos que 88% (76), dos alunos que assistiram à formação, praticam exercício físico e que 12% (10) não praticam.

Gráfico 6 – Caracterização dos **alunos** segundo a **prática de exercício físico**



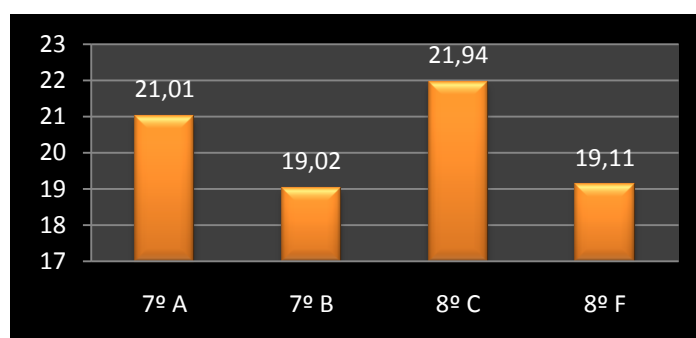
A partir do Gráfico 7, verificámos que 71% (61) dos alunos consideram a sua alimentação saudável, e que 29% (25), não o consideram.

Gráfico 7 – Caracterização do número de **alunos** segundo **a alimentação saudável**



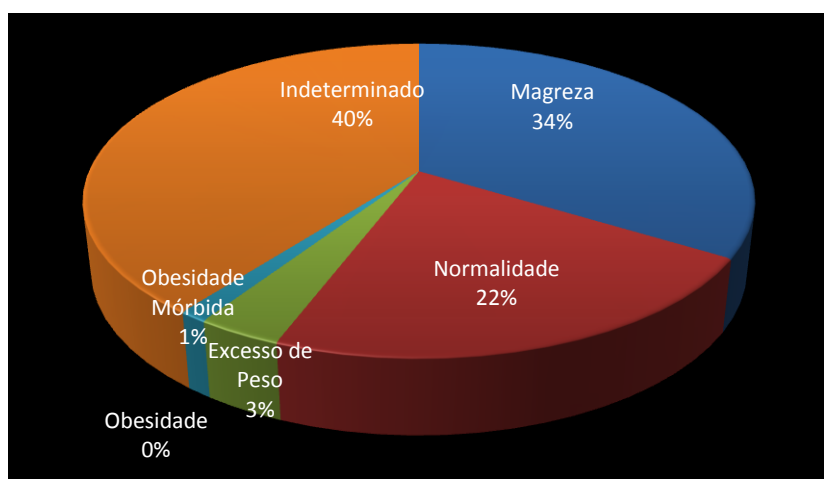
A partir do Gráfico 8, verificámos que duas turmas (7º A e 8º C) apresentam um Índice de Massa Corporal (IMC) médio que está enquadrado dentro dos valores de Normalidade (20 – 24,99) e que as outras duas (7º B e 8º F) são representadas por valores médios que estão dentro da Magreza (< 19,99).

Gráfico 8 – Distribuição do **Índice de Massa Corporal médio** por **turma**



A partir do Gráfico 9, verificamos que 34% (29) dos alunos que assistiram à formação encontram-se na classificação magreza da tabela de Índice de Massa Corporal e que 22% (19) têm peso dentro da normalidade. Constatamos também que 3% (3) têm excesso de peso e que 1% (1) têm obesidade mórbida.

Gráfico 9 – Caracterização do **número de alunos** segundo a **classificação de Índice de Massa Corporal**



ANEXO VIII - Rastreo de Colesterol aos Residentes no Bairro 1º de Maio

Quadro 1 – Rastreo do Colesterol aos Habitantes do Bairro 1º de Maio

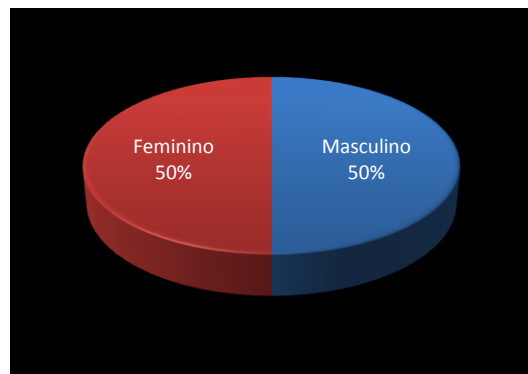
Rastreo do Colesterol									
	Sexo		Idade			Tensão Arterial		Glicémia	Colesterol
	M	F	15-44 anos	45-64 anos	> 65 anos	Sistólica	Diastólica		
1	1				1	120	70	153	LO
2	1			1		110	70	194	166
3	1			1		130	70	119	LO
4	1		1			110	80	78	172
5	1			1		140	80	116	LO
6	1				1	140	80	114	LO
7	1				1	120	80	149	235
8	1			1		115	55	97	177
9	1			1		140	90	108	LO
10	1			1		120	65	102	LO
11	1			1		120	60	90	LO
12		1	1			130	80	149	246
13		1		1		110	60	123	166
14		1			1	130	75	100	185
15		1		1		105	55	140	LO
16		1			1	160	80	125	233
17		1		1		140	80	98	171
18		1			1	130	80	228	LO
19		1			1	150	80	73	LO
20		1		1		160	90	122	178
21		1			1	150	90	142	177
22		1		1		120	60	300	178
Média Parcial									
Masculinos						124	73	120	188
Femininos						135	75	145	192
Média M+F						130	74	133	190
Total Parcial	11	11	2	12	8				
Total M+F		22			22				

Foram realizadas sessões de educação para a saúde sobre a diabetes, a hipertensão arterial e o colesterol, após estas surgiu a oportunidade de efectuar o rastreo do colesterol. No quadro 1, podemos verificar que foram rastreadas 22 pessoas, todas residentes no Bairro 1º de Maio.

♦ Realizaram o rastreio do colesterol, 100% (22) habitantes do Bairro 1º de Maio.

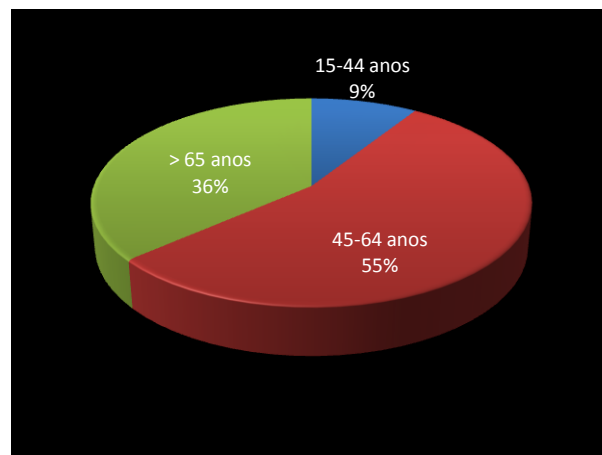
Ao analisármos o gráfico 1, verificámos que 50% (11) dos habitantes rastreados são do género feminino e 50% (11) são do género masculino.

Gráfico 1-Distribuição dos **habitantes rastreados** segundo o **género**



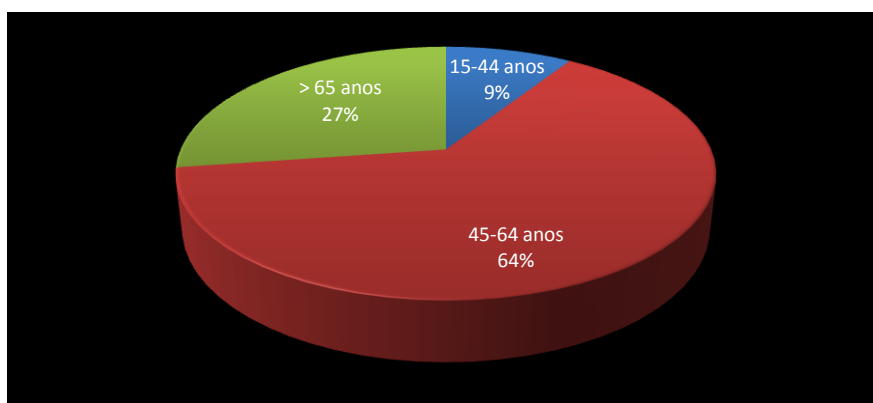
A partir do gráfico 2, constatámos que 55% (12) dos habitantes rastreados tem idades compreendidas entre os 45-64 anos e que 9% (2) tem idades compreendidas entre os 15-44 anos.

Gráfico 2- Distribuição dos **habitantes rastreados** segundo a **idade**



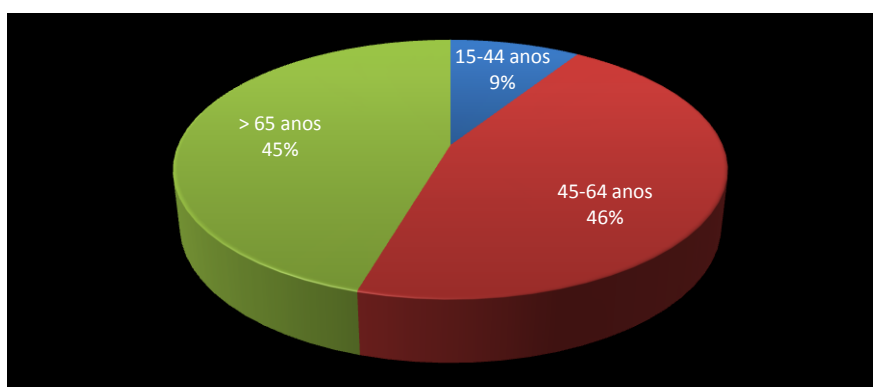
Relativamente ao gráfico 3, verificámos que os habitantes do género masculino rastreados, 67% (7) tem idades compreendidas entre os 45-64 anos.

Gráfico 3-Distribuição dos **habitantes rastreados do género masculino** segundo a **idade**



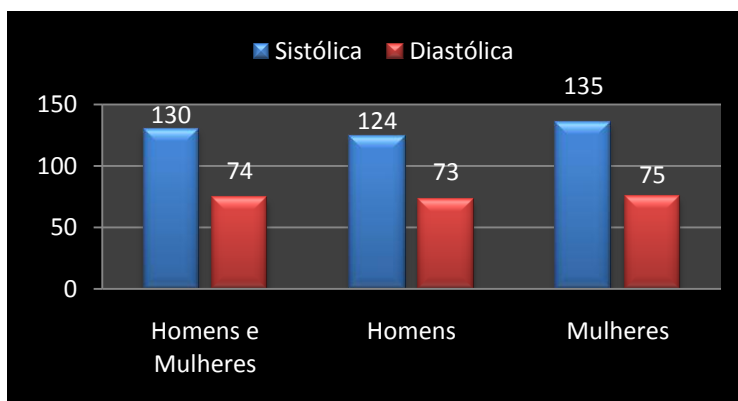
Ao analisármos o gráfico 4, constatámos que os habitantes rastreados do género feminino, 46% (5) tem idades compreendidas entre os 45-64 anos e que 9% (1) tem idades entre os 15-44 anos.

Gráfico 4-Distribuição dos **habitantes rastreados do género feminino** segundo a **idade**



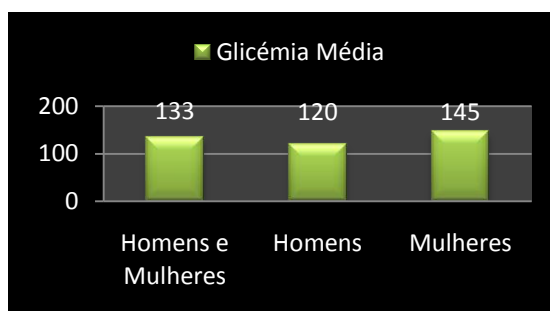
Atendendo ao gráfico 5, verificámos que a média das tensões arteriais entre os géneros masculino e feminino é de 130/74 mmHg. Constatámos que os valores da tensão arterial em média no género feminino são de 135/75 mmHg e que no género masculino são de 124/73 mmHg.

Gráfico 5- Caracterização dos **géneros dos habitantes rastreados** segundo a **tensão arterial**



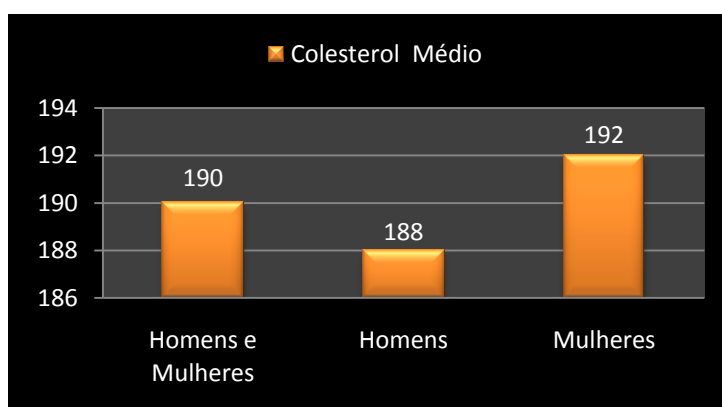
A partir do gráfico 6, constatámos que a média das glicémias nos habitantes rastreados do Bairro 1º de Maio é de 133mg/dl. Verificámos também, que a média dos valores de glicémia capilar é mais elevada no género feminino com 145mg/dl. Durante o rastreio foi identificada uma pessoa com diabetes inaugural, sendo encaminhada para o SAP (Serviço de Atendimento Permanente) da Amora.

Gráfico 6- Caracterização dos **géneros dos habitantes rastreados** segundo a **glicémia capilar**



Relativamente ao gráfico 7, constatámos que os habitantes rastreados do género feminino tem valores de colesterol em média mais elevados que os habitantes rastreados do género masculino.

Gráfico 7- Caracterização dos **géneros dos habitantes rastreados** segundo o **colesterol**



Atendendo ao gráfico 8, constatámos que 45% (10) dos habitantes rastreados tem valores (<150 ou >300) e 14% (3) tem valores > 200.

Gráfico 8- Caracterização dos **habitantes rastreados** segundo os **valores de colesterol**

