

Joana Isabel Oliveira Costa

Estudo exploratório de uma IPSS do Porto – O olhar da Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Joana Isabel Oliveira Costa

Estudo Exploratório de uma IPSS do Porto – O olhar da Enfermagem

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2015

Joana Isabel Oliveira Costa

Estudo exploratório de uma IPSS do Porto – O olhar da Enfermagem

Nome do Aluno

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

O presente estudo, intitula-se “Estudo Exploratório de uma IPSS – O Olhar da Enfermagem”, e teve como objetivos caracterizar sócio demograficamente uma amostra de utentes de uma IPSS do Porto, identificar os eventuais problemas de saúde da mesma e ainda, elaborar uma grelha de avaliação de enfermagem para aplicação na IPSS em estudo.

O enquadramento teórico foi elaborado a partir de pesquisa bibliográfica, no qual foram abordados temas como Instituições Particulares de Solidariedade Social, Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, bem como a Promoção e Educação para a Saúde.

Consiste num estudo exploratório, descritivo, de caráter quantitativo. A amostra foi constituída por 30 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 25 e os 66 anos. O instrumento de colheita de dados consistiu numa grelha elaborada pela aluna, aplicada no dia 22 de Maio de 2015, nas instalações da IPSS em estudo.

Como caracterização da amostra, os resultados obtidos revelaram que a maioria dos utentes que recorrem à IPSS em estudo são do sexo feminino, têm uma média de idades de 47,3 anos, são maioritariamente desempregados (80%), constata-se ainda que 40% da amostra frequentou apenas o 1º Ciclo do Ensino Básico.

Com este estudo foi possível verificar que 90% da amostra mantem maus hábitos alimentares, 60% da amostra tem excesso de peso, 53,3% têm lacunas na saúde oral. Quanto aos métodos contraceptivos, a aluna constatou que 53,3% da amostra não utiliza métodos contraceptivos, sendo as doenças sexualmente transmissíveis, uma preocupação. O sono também é uma área de preocupação, pois 46,6% dos utentes referiu distúrbios do sono e por fim, mas não menos importante, as dependências do tabaco, álcool e drogas também estão presentes nesta realidade. Não descurando ainda, os 66,7% da amostra que refere antecedentes pessoais, sendo a hipertensão, a diabetes e a depressão os mais prevalentes. Perante estes resultados a aluna considera a Promoção e Educação para a saúde poderá ter um papel fundamental na vida destes utentes, sendo a IPSS um local onde a aplicação dos conhecimentos dos Enfermeiros seriam uma mais-valia.

SUMMARY

The following study is entitled "Estudo Exploratório de uma IPSS – O olhar da Enfermagem" and aimed to characterize socio demographically a sample of users from an IPSS in Porto, identify any health problems the users may have and also, develop a nursing evaluation grid to apply in the IPSS, under study.

The theoretical framework was developed from bibliographic research, in which, topics such as Private Institutions of Social Solidarity, Primary Health Care Nursing, as well as Promotion and Education for Health, were addressed.

It's an exploratory, descriptive study of quantitative character. The sample of users consisted of 30 individuals of both sexes, aged 25 to 66 years old. The data collection instrument consisted of a grid drawn up by the student, applied on May 22, 2015, in the IPSS facilities under study.

As characterization of the sample, the results revealed that the majority of users who resort to the IPSS under study are female, have an average age of 47.3 years, are mainly unemployed (80%), and it is clear that 40 % of the sample only attended the 1st cycle of basic education.

With this study it was possible to verify that 90% of the sample has got bad eating habits, 60% of the sample is overweight, 53.3% has gaps in oral health. As for contraception, the student found that 53.3% of the sample does not use contraception, what makes sexually transmitted diseases a concern. Sleep is also an area of concern, as 46.6% of users referred sleep disorders and last but not least, the tobacco dependency, alcohol and drugs are also present in this reality. Not forgetting the 66.7% of the sample which refers personal antecedents, being hypertension, diabetes and depression, the most prevalent. Given these results the student considers that the Promotion and Education for Health can play a key role in the lives of these users, being the IPSS a place where the application of the nurses knowledge, would be an asset.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os que me apoiaram numa das etapas mais importantes da minha vida, agradeço em especial á minha filha, aos meus pais, tios e avós pois sem eles, não teria o apoio e a força necessária para a concretização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

Nesta etapa final, os meus agradecimentos são inteiramente dirigidos às pessoas que, direta e indiretamente, contribuíram para a realização deste Projeto de Graduação, nomeadamente:

À Professora Doutora Manuela Guerra, orientadora da faculdade, pela sua disponibilidade, pelo apoio dado desde o princípio, pelas suas úteis sugestões e críticas construtivas durante todo este trabalho;

A todo o corpo docente da UFP que me acompanhou durante estes quatro anos, por tudo o que me proporcionaram e ensinaram;

A todos os enfermeiros e equipas multidisciplinares, com quem tive o gosto de trabalhar pelos diferentes campos de estágio, por me transmitirem conhecimento e me ajudarem a crescer como pessoa;

À minha família, em especial á minha filha, que sempre compreendeu as horas dispensadas para o estudo, aos meus pais, tios e avós, por sempre me acompanharem e incentivarem todos os dias e pelo suporte emocional, sem vocês não teria conseguido;

E, por fim, mas não menos importante, aos meus colegas e amigos, por todo o apoio e amizade que me deram ao longo do meu percurso, convosco a meu lado, senti-me muito mais segura.

Muito Obrigado a todos!

“Todo o bem que pudermos fazer, toda a ternura que pudermos dar a um ser humano, que o façamos agora, neste momento, porque não passaremos duas vezes pelo mesmo caminho.”

Luiz Eduardo Boudakian

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APD – Associação Portuguesa de Dietistas

CESOP- centro de Estudos e Sondagens de Opinião

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EpS – Educação para a Saúde

ICN - International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MDAIF – Modelo de Dimensão de Avaliação e Intervenção Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UFP – Universidade Fernando Pessoa

USF – Unidade de Saúde Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

Índice de Gráficos.....	13
Índice de Tabelas.....	15
Introdução.....	16
PARTE I – Fase Conceptual	17
1. Definição do Tema.....	17
2. Questão de Investigação	18
3. Revisão Bibliográfica.....	18
i. IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social.....	19
ii. História e Valências de uma IPSS	20
iii. Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários.....	22
a) Os Cuidados de Saúde Primários.....	22
b) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)	25
iv. Educação e Promoção da Saúde.....	26
vi. Estudos Nacionais sobre IPSS e Educação para a Saúde.....	29
4. Objectivos de Investigação.....	31

PARTE II – Fase Metodológica.....	32
Desenho de Investigação.....	32
i. Tipo de Estudo	32
ii. Meio.....	33
iii. População/Amostra.....	33
iv. Variáveis.....	34
v. Instrumento de colheita de dados.....	34
vi. Considerações éticas.....	35
III – Fase Empírica.....	36
1-Apresentação, análise e discussão de dados.....	36
Conclusão.....	52
Referências Bibliográficas.....	53
Web grafia.....	55
Anexos.....	57
 Anexo I – Instrumento de Colheita de dados	

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo.....	36
Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	37
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias.....	38
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional.....	39
Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional.....	40
Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o número do agregado familiar.....	41
Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária dos filhos.....	41
Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a dependência de algum membro.....	42
Familiar	
Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo os antecedentes pessoais	43
Gráfico 10 – Número de refeições diárias referidas pelos utentes.....	44
Gráfico 11 – Expressão do índice de Massa Corporal – IMC da amostra	45
Gráfico 12 – Expressão da Saúde Oral nos utentes da IPSS.....	46
Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a adesão á Vacinação por parte dos utentes da IPSS.....	47
Gráfico 14 – Acompanhamento Consulta Planeamento Familiar por parte das utentes.....	48

Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo o uso de contraceptivo.....	49
Gráfico 16 – Comportamento dos utentes face ao sono.....	50
Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo o consumo de substâncias.....	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva da variável idade.....	38
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo apoio domiciliário.....	42
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a existência de cáries	46
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a existência de próteses dentárias	46
Tabela 5 – Distribuição da amostra de mulheres grávidas	49

INTRODUÇÃO

O presente estudo de investigação está inserido no plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e tem como finalidade ser apresentado como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Segundo Tukman (1999),

Não há educação para a qualidade que não passe pela investigação pelo objetivo de fomentar, em todo o processo de aprendizagem, a atitude de investigação; pelo desenvolvimento de um processo que se inicia com a consciência de um problema e se reinicia permanentemente, pela identificação de uma possível resposta (...).

A pertinência da escolha do tema de investigação surgiu devido ao fato de a investigadora ser parte integrante de uma Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS e em simultâneo a formação adquirida na Licenciatura em Enfermagem, permitiu á mesma uma outra visão sobre os utentes que procuram a IPSS, assim, a aluna pretende identificar os problemas de saúde nas pessoas que recorrem a essa instituição.

Esta investigação teve como objetivos caracterizar socio-demograficamente uma amostra de utentes de uma IPSS do Porto, identificar os problemas de saúde da amostra de utentes e a elaborar uma grelha de avaliação de enfermagem para aplicação na IPSS em causa.

O trabalho é constituído por 3 capítulos. A fase conceptual onde é descrito o tema e a justificação do estudo, pergunta de partida, questões orientadoras e objetivos, bem como a revisão bibliográfica sobre Instituições Particulares de Solidariedade Social, Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, Educação e Promoção para a Saúde.

Na etapa metodológica é feito o desenho de investigação, descrevendo o meio e o tipo de estudo, as variáveis, a população alvo e amostra, o instrumento de reco-lha de dados, os princípios éticos. E por fim, na fase empírica surge a análise dos dados obtidos, discussão dos resultados e por fim as conclusões inerentes.

I. FASE CONCEPTUAL

A fase concetual tem como principio formular ideias e documenta-las. Sustenta também que para que a investigação tenha sucesso é necessário aprender a pensar, a questionar corretamente, a encontrar respostas e a verificar a veracidade das respostas, ou seja, a investigadora sistematiza e separa um tema à escolha até obter uma resposta válida. Nesta etapa faz-se uma revisão bibliográfica sobre o tema.

Assim:

Conceptualizar reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma conceção clara e precisa do poblema considerado. (...) A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação. (...) é frequentemente subestimada no processo de investigação. Contudo, ela é verdadeira uma fase crucial, visto que a análise de uma situação problemática necessita de uma questão de investigação bem depurada (Fortin, 2009, p.64).

1.Definição do tema

O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação tendo em vista aumentar os seus conhecimentos. (...) A escolha do tema de estudo é uma das etapas mais importantes do processo de investigação (Fortin 2009, p.67).

O tema escolhido para este Projeto de Graduação intitula-se “Estudo exploratório de uma IPSS do Porto – O Olhar da Enfermagem.”

Como afirma (Fortin, 1999,p.49)

Quando se inicia uma investigação esta deve ter,“...uma investigação começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso. Este campo de interesse é habitualmente associado aos estudos empreendidos, a preocupações clinicas, profissionais, comunitárias ou sociais...Os domínios podem provir de diversas fontes...

2. Questão de Investigação

Segundo (Fortin, 2009,p.72), a formulação da questão constitui uma parte importante da investigação.

Assim definiu-se a seguinte pergunta de investigação:

- Que problemas de saúde poderão ser identificados nas pessoas que recorrem a uma IPSS?

3. Revisão da literatura

A revisão bibliográfica é a base que sustenta qualquer pesquisa científica, para o desenvolvimento de um trabalho de investigação é necessária a realização dessa revisão, para que assim consiga sustentar as temáticas abordadas no estudo.

Assim sendo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre alguns trabalhos já publicados anteriormente, revistas de carácter científico, *sites* de associações especializadas na área e como pilar mais importante, livros recentes e relacionados com a temática deste trabalho sendo ela sobre Instituições de Solidariedade Social, Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários, bem como a Promoção e Educação para a Saúde.

Segundo Fortin (2009,p.87)

... a revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examina-se estas publicações ...permite obter a informação necessária para a formulação do problema de investigação. ...faz-se em todas as etapas da conceptualização da investigação; ela deve preceder, acompanhar e seguir o enunciado das questões de investigação...Ela concentra-se numa apreciação do contributo dos diferentes textos para a resolução do problema de investigação.

i. Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)

As instituições que atuam essencialmente no campo da proteção social, designadas por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), são organizações sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, com o desígnio de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça, entre as pessoas e desde que não sejam geridas pelo estado ou por uma autarquia, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços (Freire, 1995):

- Apoio a crianças e jovens;
- Apoio à família;
- Apoio à integração social e comunitária;
- Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; 42
- Educação e formação profissional dos cidadãos;
- Resolução dos problemas habitacionais das populações.

De acordo com a forma que pode revestir, as IPSS podem ser de natureza associativa ou de natureza fundacional.

São de natureza associativa, associações de solidariedade social – em geral, associações com fins de solidariedade social que não revestem qualquer das formas das associações a seguir indicadas (Freire, 1995):

- Associações de voluntários de ação social – são associações constituídas por indivíduos, com mais de 16 anos, que se propõem colaborar nos objetivos acima referidos, que constituem responsabilidade própria de outras instituições ou de organismo públicos;
- Associações de socorros mútuos – são associações com um número ilimitado de associados e com capital indeterminado que, essencialmente, através da quotização dos seus associados,

visam, no interesse destes e das suas famílias, fins de auxílio recíproco nos termos previstos no código das associações mutualistas decreto-lei n.º 72/92, de 3 de Março;

- Irmandades das misericórdias - são associações constituídas na ordem jurídica canónica com o objetivo de satisfazer carências sociais e de prática atos de culto católico; Misericórdias, estão entre as mais antigas organizações não lucrativas em Portugal.

A Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade - CNIS, é a organização confederada das instituições particulares de solidariedade social, com âmbito nacional prosseguindo fins não lucrativos. Fundada em 1980, atualmente tem cerca de 2500 instituições inscritas, incluindo algumas misericórdias. Tem por objetivo desenvolver e ampliar a base de apoio da solidariedade, nomeadamente, quanto à sensibilização para o voluntariado e à mobilização das comunidades para o desenvolvimento e combate à exclusão social. As Cooperativas da Solidariedade Social e as Casas do Povo, podem ser equiparadas às IPSS, em direitos, deveres e benefícios, desde que prossigam os mesmos objetivos.

- As cooperativas de solidariedade social – são pessoas coletivas autónomas, de livre constituição, de capital e composição variável que, através da cooperação e ajuda dos seus membros, visam, sem fins lucrativos, a satisfação das necessidades e aspirações dos seus membros, na área da solidariedade social, nos termos previstos no código cooperativo – Lei n.º 51/96, de 7 de Setembro, com as especificidades introduzidas pela Lei n.º 101/97, de 13 de Setembro, que estendeu às cooperativas de solidariedade social os direitos e deveres das IPSS. Pelo despacho n.º 13 799/99, de 23 de Junho, são definidos os procedimentos para obtenção do reconhecimento da equiparação.
- As Casas do Povo – são pessoas coletivas de utilidade pública, de base associativa, com o objetivo de promover o desenvolvimento e o bem-estar das comunidades, especialmente as do meio rural, através, sobretudo, de atividades de carácter sócio cultural. O decreto-lei n.º 171/98, de 25 de junho veio estabelecer que as casas do povo que prossigam os objetivos previstos para as IPSS podem a estas ser equiparadas, não estando, no entanto, dispensadas de proceder ao respetivo registo, no termos da portaria n.º 139/2007, de 29 de Janeiro (Bordalo, 2010).

ii. História e Valências de uma IPSS

A IPSS em estudo encontra-se reconhecida como Instituição Particular de Solidariedade Social, aprovada pela portaria n.º 139/2007 de 29 de Janeiro e registada com o n.º 25/10, a fls. 8 e verso, do Livro 13 das Associações de Solidariedade Social, considerando-se

efetuado em 05/11/2008, sem fins lucrativos, encontra-se ao abrigo da lei do Mecenato e conta já com onze anos de existência em pleno funcionamento. Disponível em: «<http://anapnet.wix.com/anap>»

Esta instituição dá apoio a cerca de 300 famílias e desenvolve as suas ações com foco na alimentação, fornecendo diariamente refeições takeaway a pessoas sem-abrigo e famílias carenciadas e desempregadas, semanalmente laticínios e mensalmente um cabaz alimentar.

Fazendo parte da rede de instituições que visam o direito a um nível de vida suficiente que assegure, ao indivíduo e à sua família, a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda aos serviços sociais necessários, conta com o apoio do banco alimentar contra a fome. Não obstante, esta colaboração oscila consoante a disponibilidade de alimentos, não sendo a esta IPSS a única instituição ligada e a receber bens alimentares do banco alimentar.

No presente momento, a IPSS tem em mãos um projeto de um refeitório social com a capacidade de abarcar 160 refeições diárias, distribuídas na hora do almoço. Não obstante, visa-se ainda a distribuição de pão e sopa, na hora de jantar.

O refeitório social contempla ainda um espaço de convívio destinado a acolher, maioritariamente, idosos. Esta é uma área que prevemos como essencial para o envelhecimento ativo desta população que, encontrando-se numa situação de reforma, demonstra desejo de contribuir ativamente na sociedade.

Assim, o refeitório cumprirá o objetivo de distribuição alimentar, mas dará também apoio e disponibilizará serviços especializados na área psicossocial, fornecendo apoio emocional e promovendo o desenvolvimento pessoal. Para desenvolver este projeto, recorreremos aos serviços que compõem o nosso voluntariado e à formação de alguns grupos de autoajuda visando: o fornecimento de informações, o suporte emocional, o esclarecimento acerca da comunidade, a fomentação da participação ativa, a preparação da família para as alterações comportamentais dos utentes de modo a que possamos

combater a exclusão social e que o utente possa ter uma participação plena na vida social ativa.

Esta IPSS tem ainda como objetivo a criação de um gabinete de enfermagem que atuará diretamente na prevenção, promoção da saúde, acompanhamento e encaminhamento dos utentes para uma melhoria da qualidade de vida dos mesmos, fornecendo ainda serviços de apoio domiciliário, no âmbito dos cuidados de higiene pessoais e habitacionais, apoio nos cuidados de enfermagem, alimentação e promoção de atividades de lazer. Disponível em: «<http://anapnet.wix.com/anap>».

iii. Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários

Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (REPE, 1998).

A Enfermagem enquanto profissão tem um reconhecido papel nos cuidados à doença, na implementação de políticas de saúde, e no envolvimento com a comunidade, nomeadamente segundo o International Council of Nurses (ICN, 2010 p.41):

Os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática em termos de: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continuidade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação dos cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa.

A enfermagem de família surge alicerçada no pensamento sistémico, centrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família (Friedman, 1998,p.11).

a) Os Cuidados de Saúde Primários

Em 1978, 134 países e 67 organismos internacionais, reuniram-se em Alma –Ata numa Conferência Internacional onde definiram, para todos os Países participantes entre os quais se encontrava Portugal, o conceito sobre Cuidados Primários de Saúde (CSP):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários são, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a base de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde o mais possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (CIE, 2008).

A criação dos cuidados de saúde primários representou uma inovação para a prestação e organização dos cuidados de saúde em Portugal. De uma organização quase totalmente voltada para os hospitais, passou-se a olhar para os centros de saúde como porta de entrada no sistema de saúde (Biscaia et al, 2008).

Atualmente são quatro os princípios que envolvem os cuidados de saúde primários:

- Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis. Todas as pessoas devem ter um acesso razoável aos serviços essenciais de saúde, sem barreiras financeiras nem geográficas;
- Participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde. Esta deve ser incentivada a participar no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, e deve ser-lhe dada a capacitação necessária para o fazer;
- Abordagens intersectoriais à saúde. Os profissionais dos vários setores trabalham de forma interdependente com os membros da comunidade para se promover a saúde da comunidade;

- Tecnologia apropriada. A tecnologia e as formas de cuidado devem basear-se nas necessidades de saúde e ser aplicadas de forma adequada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade.

No entanto, o desafio continua a estar em despertar as capacidades, a imaginação e a vontade das pessoas para encontrarem novas soluções de gestão, organização e exercício profissional que correspondam às necessidades e expectativas das populações que servem.

Em Portugal não temos uma definição única e aceite entre todos, mas antes partilhamos um mesmo conceito com base na declaração de Alma-Ata. Assim podemos, entre outras descrições, dizer que Cuidados Primários de Saúde são o primeiro contacto dos indivíduos com serviços de saúde assegurando cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução dos seus problemas, com disponibilidade e de forma personalizada – abrangem a prevenção primária, secundária e terciária. Ou seja, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento e ainda a reabilitação.

Em cuidados de saúde primários, tal como refere Correia et al (2001,p.75):

A enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. A Enfermagem comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade.

No entanto, agora, como nessa altura, o desafio continua a estar em despertar as capacidades, a imaginação e a vontade das pessoas para encontrarem novas soluções de gestão, organização e exercício profissional que correspondam às necessidades e expectativas das populações que servem.

b) Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF)

Sustentado pelos pressupostos da enfermagem de família e pelas experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de ação com as famílias, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar surge como resultado da problematização das práticas, este modelo incide sobre a estrutura da família, identificando a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas que podem indicar riscos de saúde. Possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. Alude aos padrões de interação familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares e dos valores que possibilitam a sua concretização.

Os modelos devem permitir a flexibilização aos diversos níveis de atuação e ainda às especificidades dos contextos, de forma que a intervenção seja caracterizada pela promoção de mudança que implique um funcionamento efetivo do sistema familiar. Para isso o foco de atenção da enfermagem, no contexto dos CSP, deve ser direcionado aos projetos de saúde que cada família vive ao longo do seu ciclo vital, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente. (Figueiredo, 2009 p. 3)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011):

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), constituindo-se como referencial teórico e operativo, pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direcionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A sua co-construção emergiu num percurso de investigação-ação desenvolvido com os enfermeiros que atualmente estão mais ligados à prestação de cuidados à família. Tal Modelo sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico e as fontes teóricas são o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família.

É um modelo complexo, pois é bastante global, foca vários capítulos com bastante rigor, os cuidados de enfermagem são regidos por uma abordagem sistémica, com

ênfase no estilo colaborativo, que promove a potencialização das suas forças, recursos e competências, assim ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011):

Considerando a família como unidade de cuidados, o foco é tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente. Os seus postulados ou princípios de intervenção enquadram o Modelo no contexto dos CSP, particularizando a atuação dos enfermeiros no âmbito das atuais Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). A estrutura operativa (integrando as definições teóricas e operacionais e sustentada pelos pressupostos e postulados) permite a interligação entre as etapas do processo de enfermagem, constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. De cariz dinâmico, flexível e interativo, permite aos enfermeiros proporem intervenções que deem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades.

iv. Educação e Promoção da Saúde

A Carta de Bangkok para a promoção da saúde num mundo globalizado (2005) parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidas na Carta de Ottawa, complementando-a. Com a promoção da saúde, surge a noção da saúde como um recurso e de esta ser um empreendimento coletivo., assim segundo a Carta de Ottawa, 1986 “ A promoção da Saúde é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais) ”.

A educação para a saúde não se pode limitar a adotar uma abordagem específica das doenças, nem pode privilegiar o cariz informativo ou instrumental ou mesmo visar apenas o desenvolvimento de crenças e atitudes. As ações educativas têm de ser integradas num contexto mais vasto de promoção da saúde, não só para que sejam os próprios indivíduos a tomar decisões e a responsabilizarem-se pela sua saúde, como para que estes mesmos indivíduos se sintam competentes para adotar estilos de vida saudáveis, como ainda para que o envolvimento físico e social seja favorável a estes estilos de vida permitindo uma acessibilidade fácil, socialmente valorizada e duradoura

Torna-se, portanto, necessário o estabelecimento de parcerias funcionais, de alianças e redes fortes para a promoção da saúde, que incluam os sectores público e privado e

outros grupos da sociedade civil, para além daqueles já tradicionalmente envolvidos na intervenção em saúde, de modo a criar massa crítica para a promoção da saúde em diferentes settings (escolas, locais de trabalho, locais de recreação e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões, etc.).

Segundo a OMS (1998), disponível em «www.who.int» :

Educação para a saúde não só se preocupa com a comunicação de informações, mas também com promover a motivação, habilidades e confiança (autoeficácia) necessárias para tomar medidas para melhorar saúde. Educação em saúde inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, econômicas e ambientais que afetam a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e uso do sistema de cuidados de saúde. Assim, a educação em saúde pode envolver a comunicação de informações e desenvolvimento de habilidades de organização de várias formas de ação para abordar social, economicamente os determinantes ambientais da saúde

A educação para a Saúde é essencial em enfermagem. A promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde exigem que as pessoas recebam 30 informação compreensível relacionada com a saúde. Os enfermeiros podem educar as pessoas através de três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. A informação que os enfermeiros proporcionam capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Stanhope, L, 2011).

Os mesmos autores afirmam ainda que a informação permite aos indivíduos tomar decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações da sua saúde e estilos de vida. Carvalho e Carvalho (2006) consideram que, “todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar”. Conforme refere Carvalho e Carvalho (2006,) consideram:

A educação para a saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos.

Sendo assim a educação para a saúde deve procurar desenvolver na pessoa, ou grupo a motivação que permita à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando no entanto as suas crenças, o seu estilo de vida, ou seja a pessoa não deverá ter um papel passivo, deverá ter um papel ativo nas tomadas de decisões, no seu projeto de saúde.

Ao assumir um papel ativo no seu processo de saúde, através da adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, torna-se necessário que a pessoa, escolha e assuma as suas opções de vida, responsabilizando-se pela sua saúde (...) está implícito em todo este processo uma tomada de decisão face a um leque de opções possíveis, processo esse, que sofre importantes influências das emoções experimentadas pela pessoa” Carvalho e Carvalho, (2006).

Uma conceptualização de Educação para a Saúde – EpS mais atual e considerada mais bem aceite é a proposta por Tones e Tilford (1994, p.11):

Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.

Quando abordamos a conceptualização da EpS coloca-se a questão da diferenciação entre os termos Promoção da Saúde e EpS. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde definiu na Carta de Ottawa (OMS, 1986), que a Promoção da saúde é: “O processo que permite às populações exercer um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”.

Segundo Peixoto (2013, p.28):

O papel do profissional de saúde/educador é preponderante, atendendo a que ao programar a Educação para a Saúde terá que possuir conhecimentos científicos, embora as competências interpessoais sejam também relevantes para produzir no individuo a necessidade e a vontade de mudar comportamentos.

O papel da educação para a saúde é o de facilitar as mudanças de estilo de vida de forma voluntaria, através da aquisição de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde. (Rodrigues, 2005, p. 47-51).

Ainda o mesmo autor afirma que é a educação para a saúde que possibilita às pessoas tomarem consciência do seu potencial para manutenção da saúde.

vi. Estudos nacionais sobre IPSS e educação para a saúde

Em Portugal, o estado de providência ou estado social estrutura-se nos termos institucionais como um “modelo universalista”, assim como na maioria dos estados de providência dos países do sul da Europa (Mozzicafredo, 1997). Neste modelo, a ação social constitui um pilar fundamental na proteção dos grupos sociais mais vulneráveis, nomeadamente na prevenção e reparação de situações de carências e desigualdades socioeconómicas, de dependência, de disfunção, de exclusão social, bem como na integração e promoção comunitária das pessoas e no desenvolvimento das suas capacidades (Lei de bases do sistema de segurança social).

A implementação deste modelo não deverá ser uma ambição de competência exclusiva do governo português, mas sim uma partilha de responsabilidades com as instituições que intervêm em atividades de ação social. É através da coresponsabilização de todas as instituições – públicas, solidárias e privadas de intervenção social, distribuídas por todo o país, que é possível atuar de forma eficaz junto dos grupos mais vulneráveis e, assim, minimizar as assimetrias geográficas em termos de cobertura da população (Metelo et al 2010,p.56).

As instituições particulares de solidariedade social compõem a rede solidária em Portugal e têm um papel preponderante no desenvolvimento social, elegendo sempre os mais carenciados como público-alvo preferencial.

Segundo o estudo realizado para a elaboração do Plano Nacional de Saúde (2016), o mesmo previu o financiamento de projetos de IPSS (DL 119/83, de 25 de fevereiro) com atuação na área da Saúde, privilegiando ações que visavam a literacia e capacitação do cidadão (DL n.º 186/2006), bem como:

Desenvolver programas na área da educação para a saúde e autogestão da doença, por ex., apoiando a produção e disponibilização de manuais e guias de apoio que incluam registo de resultados, dos tratamentos e dos sintomas, a organização de grupos de apoio, voluntariado, entre outros.

- As atividades de voluntariado, incluindo apoio interpares, têm um efeito positivo não só na saúde e bem-estar de quem é ajudado, mas também na do próprio voluntário. A capacitação do cuidador facilita a gestão da doença, regula a utilização de serviços de saúde, e melhora a qualidade de vida.
- Promover o exercício da cidadania no processo de tomada de decisão, desenvolvimento estratégico e na avaliação institucional, num contexto de transparência, implementando mecanismos de auscultação da satisfação, estimulando o diálogo e o debate e criando condições culturais e estruturais consequentes. Monitorizar e avaliar esse envolvimento e participação.
- Promover o voluntariado para uma cidadania mais ativa.

Segundo o estudo realizado pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (CESOP) da Universidade Católica Portuguesa em parceria com o Banco Alimentar e a Entrajuda, em Maio de 2015, constata-se que a maioria da população que recorre a IPSS são mulheres, (73%).

No mesmo estudo, intitulado “ Utentes de Instituições de Solidariedade Social – Uma bordagem á pobreza nesta população”, cerca de 20% diz ter tido falta de alimentos ou sentido fome alguns dias por semana, nos 6 meses prévios à inquirição, e 13% refere que tal aconteceu pelo menos um dia por semana. Em 2014, face a 2012, a situação alimentar dos utentes melhorou. Verificou-se um aumento significativo dos utentes que referem nunca ter tido fome ou falta de alimentos por falta de dinheiro nos seis meses prévios à inquirição, diminuindo a percentagem daqueles que sentiram fome ou falta de alimentos alguns dias por semana.

Por outro lado a Associação Portuguesa de Dietistas – APD (2013), afirma que:

Cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo têm carência de vitaminas e minerais que são essenciais a uma boa saúde. Estas carências não se verificam apenas em pessoas desnutridas ou com magreza. Indivíduos com excesso de peso e obesidade apresentam, muitas vezes, carências nutricionais, por não realizarem uma alimentação equilibrada e completa; Aproximadamente 1.4 bilhões de pessoas têm excesso de peso (incluindo obesidade). Destes, cerca de um terço têm obesidade e encontram-se por isso em elevado risco de desenvolver doença cardiovascular, diabetes e outros problemas de saúde.

Constata-se ainda no estudo de Correia et al (2015, p.26) que “a maioria dos indivíduos paga renda ou empréstimo pelo local onde reside: cerca de 37% vive numa casa arrendada, 15% numa habitação social com renda e 12% em habitação própria com empréstimo bancário.”

Embora não existam a nível europeu dados disponíveis comparáveis sobre a relação entre a situação de sem-abrigo e o consumo de droga, foram realizados estudos específicos em muitos países e o consumo de droga é apontado como um problema frequente entre os sem-abrigo.

Segundo um pequeno estudo realizado na Irlanda (Hickey,2002),

67 % dos ex-reclusos sem-abrigo são toxicodependentes. Entre os sem-abrigo, a heroína é a droga habitualmente mais consumida, seguindo-se o consumo de cocaína e o policonsumo. Outros comportamentos de alto risco, tais como o consumo de droga injetada e a partilha de seringas, são também apontados como sendo elevados entre os sem-abrigo.

4. Objetivos do Estudo

O objetivo de investigação, baseado no conhecimento que se dispõe sobre a questão, demonstra a direção que o investigador pretende seguir, e indica os conceitos que serão estudados, a população-alvo e a informação que se pretende obter (Fortin, 2006, p.52).

Este projeto de graduação teve como objetivos:

- Caracterizar sócio demograficamente uma amostra de utentes de uma IPSS do Porto.
- Identificar os problemas de saúde da amostra de utentes da IPSS em estudo
- Desenvolver uma grelha de avaliação inicial de enfermagem para aplicação na IPSS em estudo.

II. FASE METODOLÓGICA

Nesta fase, a pesquisadora define num desenho a maneira de proceder para realizar a sua investigação. A fase metodológica compreende quatro etapas (Fortin, 2009).

De acordo com Fortin (2009),

Na primeira etapa o investigador escolhe o desenho de investigação que varia segundo o objectivo, as questões de investigação ou as hipóteses.

Na segunda etapa o investigador define a população e a amostra junto da qual deseja obter a informação. Ainda de acordo com o mesmo autor, a terceira etapa consiste na “descrição dos princípios que suportam a medida, na quarta e última etapa da fase metodológica, o investigador descreve os métodos de colheita e de análise dos dados.

Desenho de investigação

Fortin (1999, p.132) refere que é necessário criar um desenho de investigação que segundo o mesmo consiste (...) num plano lógico criado pelo investigador com vista a obter as respostas válidas às questões de investigação colocadas (...). O desenho de investigação pode, então, ser definido como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses.

i. Tipo de estudo

O presente estudo insere no método de investigação quantitativo, descritivo e transversal, que de acordo com Fortin (2003, p. 22),

O método de investigação quantitativa é um processo de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.

Perante os diferentes tipos de estudos optou-se pelo exploratório/descritivo pois este, segundo Fortin (2003, p. 52), “(...) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido (...)”

ii. Meio

Este estudo desenvolveu-se em meio natural, pois realizou-se no espaço físico da IPSS do Porto, junto da amostra de utentes que recorrem a esta IPSS, de acordo com Fortin (2009, p. 217), “ um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural. “

iii. População e amostra

Para Fortin, (2009)

A população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. (...) é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.

Nesta investigação a população alvo é constituída pelos utentes que recorrem á IPSS, perfazendo um total de 296 utentes.

No contexto deste trabalho de investigação, não seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso.

A autora recorreu assim ao processo de amostragem que, segundo Fortin (2009, p.310), não é mais do que recorrer a “um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira.”

Assim, foi utilizada a amostragem não probabilística acidental, segundo Fortin (2009, p.31) refere que:

Contrariamente à amostragem probabilística, a amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhida para formar a amostra” e é acidental

porque “é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos.

Assim, no dia 24 de Maio de 2015 obteve-se 10% dos utentes inscritos na IPSS, sendo constituída a amostra por 30 indivíduos.

iv. Variáveis em estudo

As variáveis são indispensáveis em qualquer tipo de estudo, estão inseridas nas hipóteses e é necessário determina-las para posterior operacionalização. Estas podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação.

Neste estudo, foram seleccionadas as seguintes variáveis:

- Variáveis atributo: idade, sexo, profissão, situação profissional, habilitações literárias, tipo de habitação, número de agregado familiar, família com filhos.
- Variáveis de estudo: membros familiares dependentes, apoio domiciliário, antecedentes pessoais, alimentação, saúde oral, plano nacional de vacinação, planeamento familiar, sono e dependências.

v. Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin (2009, p.368), “(...) a escolha do método de colheita de dados depende do nível da investigação, do tipo de fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis.”

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi uma grelha que a investigadora elaborou com base no Modelo de Dimensão de Avaliação de Intervenção Familiar - MDAIF, para assim conseguir cumprir com os objectivos do estudo. A primeira parte da grelha consistiu em questões de carácter sociodemográfico, de forma a caracterizar a amostra.

Numa segunda parte, foram elaboradas questões que permitem registar parâmetros de saúde e identificar eventuais problemas.

Para Fortin, (2009),

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões, (...) tem por objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

vi. Considerações éticas

Para Fortin (2009, p.186)

Os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana são sete: O direito pelo consentimento livre e esclarecido, o direito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o direito à justiça e equidade, o direito ao equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, o direito a redução dos inconvenientes e direito à otimização das vantagens.

O direito pelo consentimento livre e esclarecido: os investigados têm o direito e a liberdade de decidir se desejam participar ou não na investigação;

O direito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais: os investigados têm o direito de a sua informação pessoal ser assegurada pelo anonimato e confidencialidade dos dados;

O direito à justiça e equidade: os investigados têm o direito de todos os utentes serem tratados da mesma maneira no que concerne à informação dada relativamente à natureza do estudo;

O direito á redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens: os investigados tem o direito de não serem alvo de desconforto ou prejuízo e de a sua contribuição ser um fator para o avanço do conhecimento.

Na defesa dos procedimentos éticos, foram garantidos todos os direitos referidos anteriormente.

III. FASE EMPÍRICA

De acordo com Fortin (2009), a primeira etapa corresponde à colheita dos dados no terreno e a segunda etapa consiste na organização dos dados tendo em vista a sua análise.

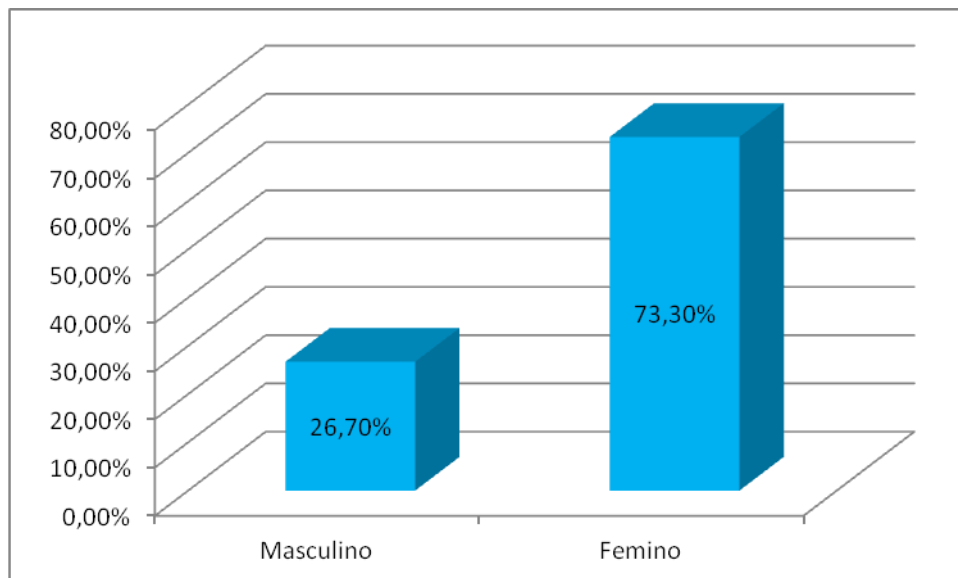
1. Apresentação, análise e discussão dos dados

Para Fortin, (2009, p.495),

A simples apresentação dos resultados não é suficiente. É preciso ainda apreciá-los e interpretá-los.” (...) O investigador examina os principais resultados da investigação ligando-os ao problema, às questões ou às hipóteses. Confronta os resultados obtidos com os de outros trabalhos de investigação. O investigador deve justificar a sua interpretação dos resultados, assim como as conclusões a que levaram as comparações estabelecidas com outros estudos científicos.

1ª Parte – Caracterização sócio demográfica da amostra

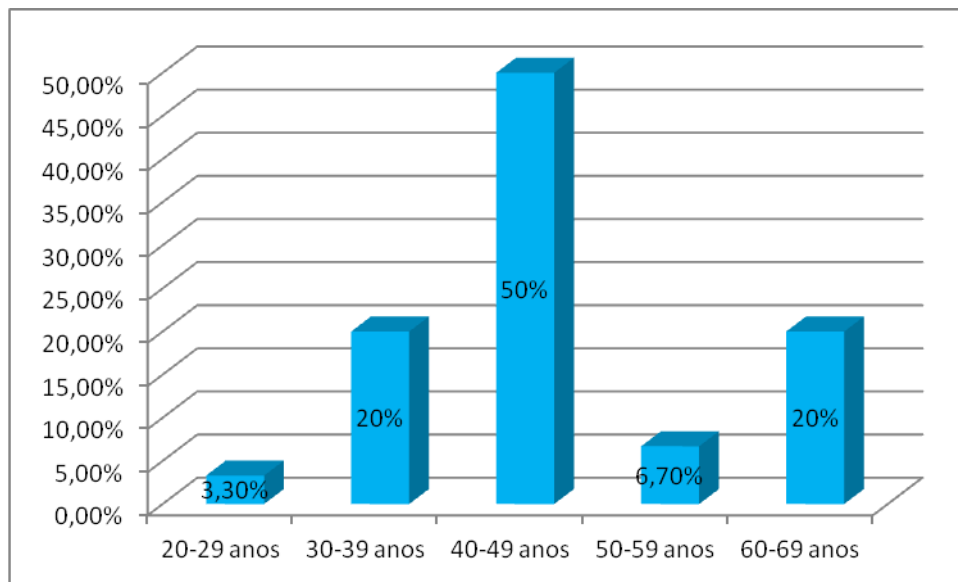
Gráfico 1 – Distribuição da amostra segundo o sexo



Na amostra de 30 elementos, verificou-se que a maioria é do sexo feminino (73,3%), sendo apenas 26,7% utentes são do sexo masculino, conforme o gráfico 1.

Segundo o estudo realizado pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (CESOP) da Universidade Católica Portuguesa em parceria com o Banco Alimentar e a Entrajuda, de Maio de 2015, refere que a maioria da população que recorreu a IPSS eram maioritariamente mulheres (73%).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária



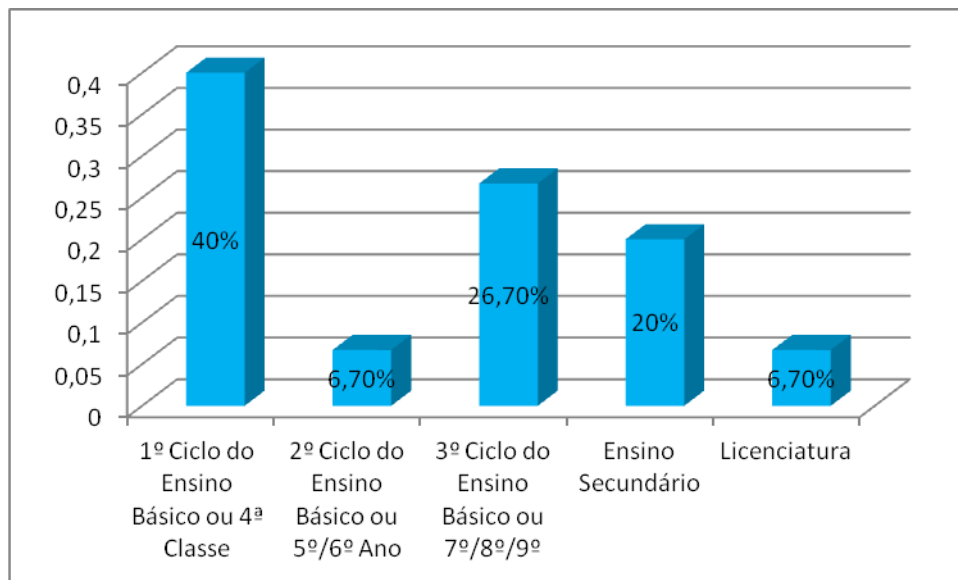
Quanto á faixa etária dos utentes, verifica-se que existe 3,30% de utentes entre 20 e os 29 anos, 20% entre os 30 e os 39 anos, 50% da amostra situa-se entre 40 e 49 anos, 6,70% têm entre 50 e 59 anos e a idade de 20% dos utentes está compreendida entre os 60-69 anos. Estes dados não confirmam os valores obtidos no estudo CESOP (2015), pois no mesmo, a idade média situa-se nos 53 anos (mediana = 50) (8% tem entre 18 e 30 anos; 21% entre 31 e 40 anos; 47% entre 41 e 65 anos e 25% 66 ou mais anos)

Tabela 1 – Estatística descritiva da variável idade

Média	Mínimo	Máximo
47,3anos	25anos	66anos

A média de idades dos utentes que participaram no estudo é de 47,3 anos, tendo o mais novo 25 anos e o mais velho 66 anos de idade.

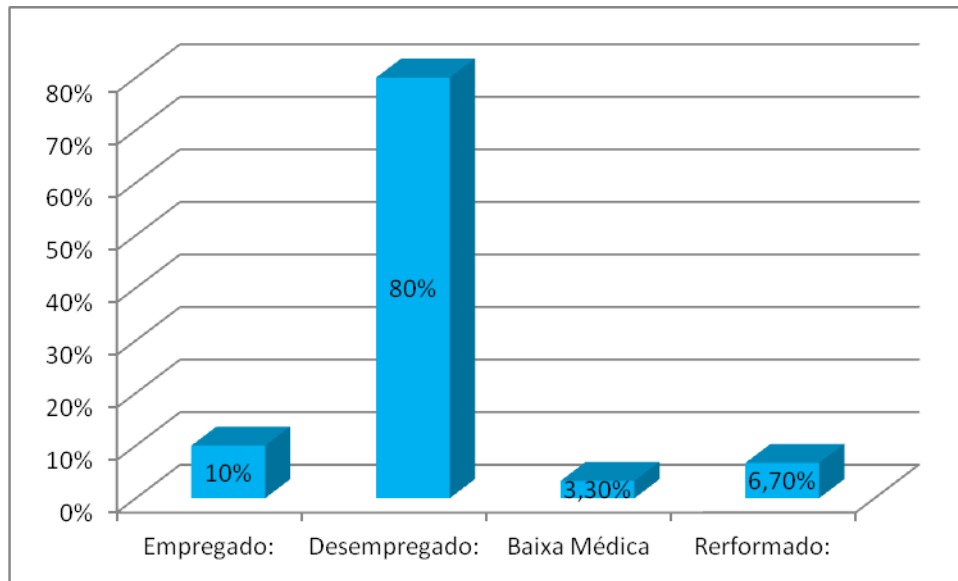
Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias



Quanto ao nível académico dos utentes, verifica-se através do gráfico 3 que existem 40% dos utentes que frequentaram o ensino básico, 6,70% frequentaram até ao 2º ciclo do ensino básico, 26,70% até ao 3º ciclo do ensino básico, 20% até ao ensino secundário e somente 6,70% concluíram a licenciatura.

Estes dados são semelhantes aos referidos no estudo de Correia, et al (2015), em que 54% possuem, o 4º ano do 1º ciclo do Ensino Básico; 16% atingiram o 2º ciclo e 17% o 3º ciclo do Ensino Básico, 13% tem o ensino secundário ou superior

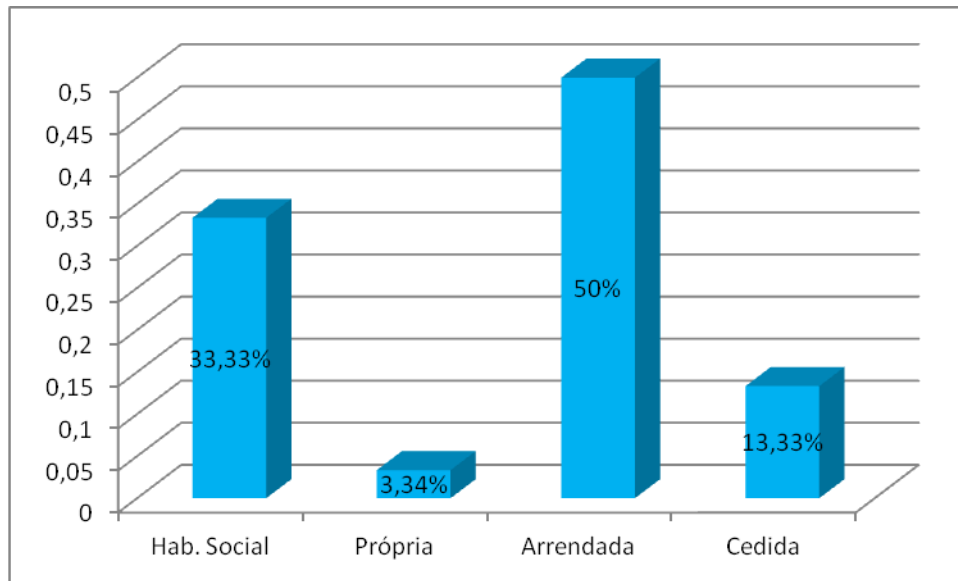
Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional



No que diz respeito á situação profissional, constata-se que existe um elevado número de desempregados (80%), estando empregados somente 10%. Existe ainda 6,7% de utentes reformados e 3,3% com baixa médica, conforme se verifica no gráfico 4.

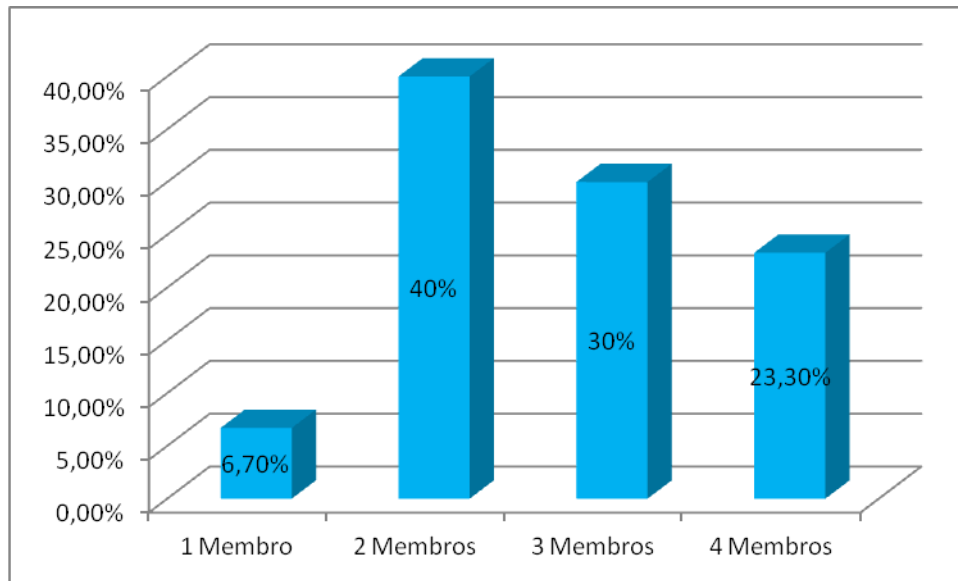
Estes dados diferem dos resultados obtidos no estudo CESOP (2015), pois 38% estão desempregados e 29% reformados, apenas 18% afirmam ter um trabalho, a tempo inteiro (14%) ou parcial (5%); cerca de 6% dizem trabalhar às vezes ou fazer biscates.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo o tipo de habitação



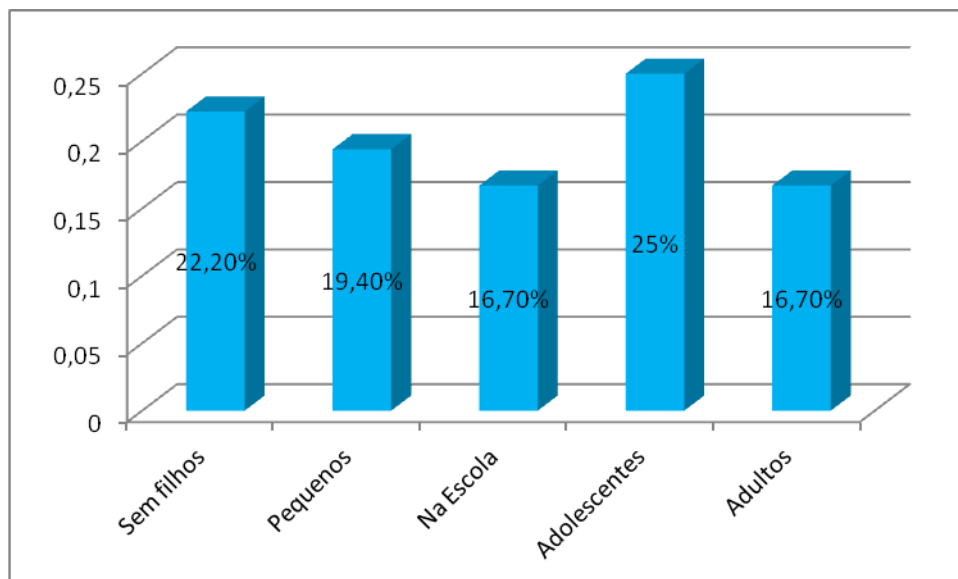
No que concerne ao tipo de habitação, a moda é a habitação arrendada (50%), ainda que 33,3% dos utentes vivam em habitações sociais, 13,33% estão a viver em habitações cedidas e somente 3,34% dos utentes tem casa própria, conforme se observa no gráfico 5. Comparativamente aos estudos realizados, confirma-se esta situação, pois “a maioria dos indivíduos paga renda ou empréstimo pelo local onde reside: cerca de 37% vive numa casa arrendada, 15% numa habitação social com renda e 12% em habitação própria com empréstimo bancário” CESOP (2015).

Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o número do agregado familiar



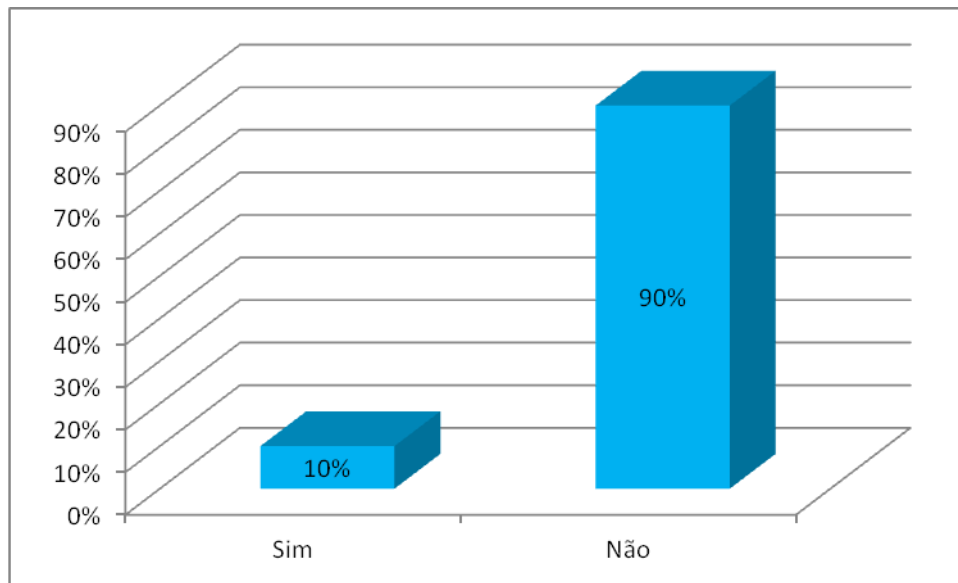
Conforme se observa no gráfico 6, a maioria (40%) das famílias é composta por 2 elementos, 30% famílias têm 3 elementos, 23,% são constituídas por 4 elementos e apenas 6,7% das famílias são constituídas por 1 elemento apenas.

Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo a faixa etária dos filhos



Pode-se verificar no gráfico 7, que 22,2% dos utentes da amostra não têm filhos, 19,4% são pequenos (de recém nascido á infância escolar), 16,7% estão na escola (da infância escolar ao início da adolescência), 25% são adolescentes (da adolescência á idade adulta) e 16,7% já têm filhos adultos.

Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a existência de algum membro familiar dependente



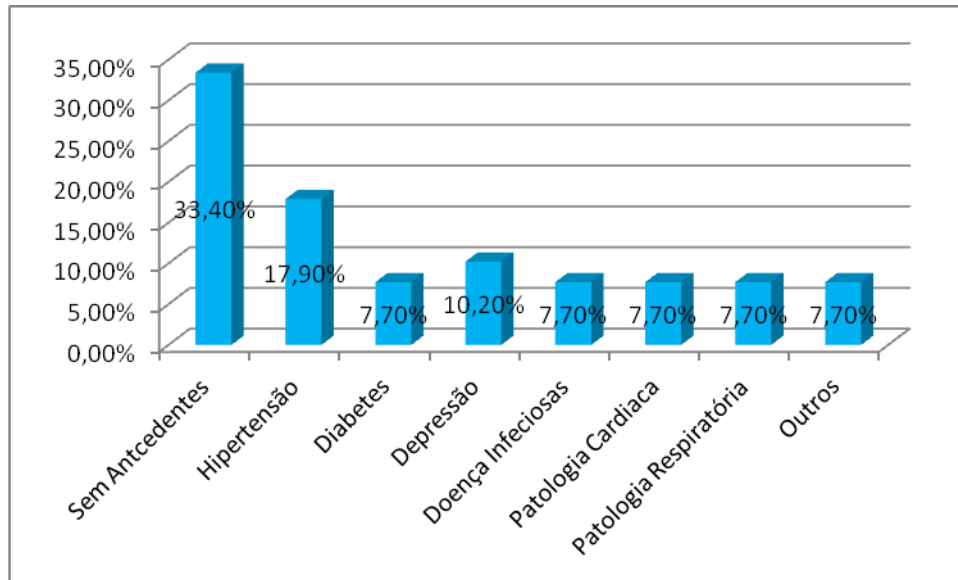
Quanto á existência de algum membro da família dependente, verifica-se que a maioria (90%) não tem, embora 10% das famílias tenham um membro da família dependente, sendo que destes 10% nenhuma referiu ter apoio domiciliário, conforme a tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo apoio domiciliário

Apoio domiciliário:	Frequência. Absoluta	Frequência. Relativa
Sim	0	0%
Não	30	100%
Total	30	100%

2ª Parte – Avaliação de Saúde

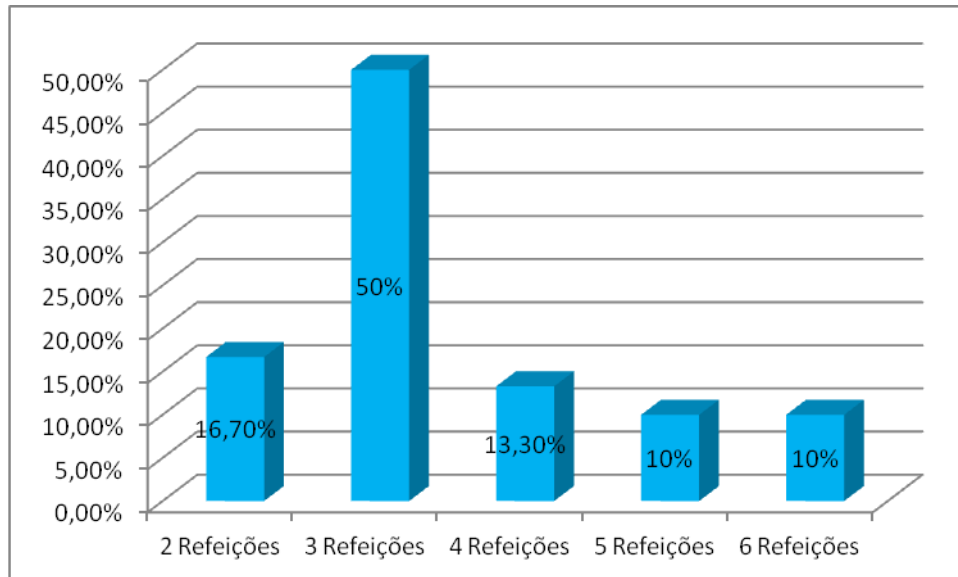
Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo os antecedentes pessoais



No que se refere aos antecedentes pessoais podemos identificar que mais de 50% da amostra já teve alguma patologia a hipertensão, a diabetes e a depressão como as patologias mais frequentes.

Parâmetro: Alimentação

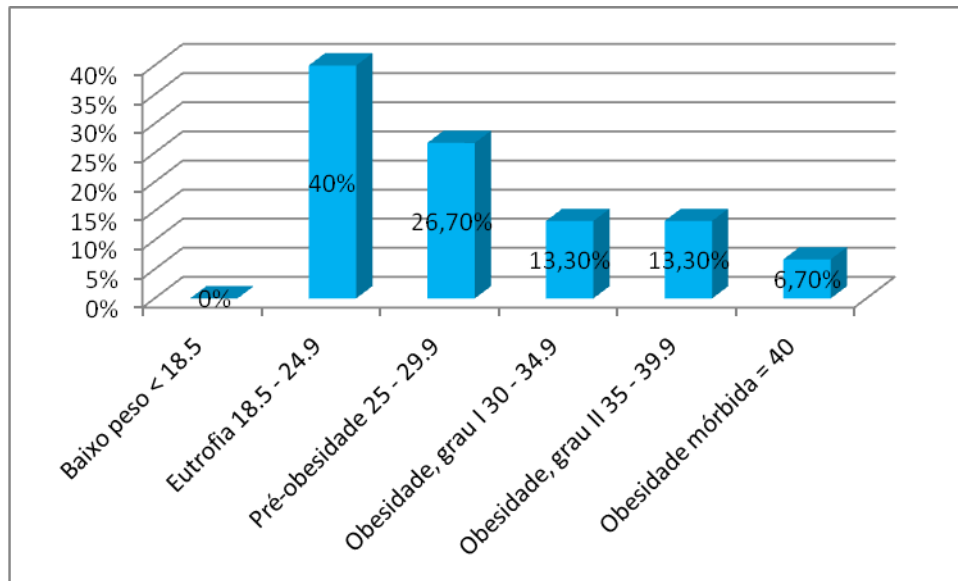
Gráfico 10 – Número de refeições diárias referidas pelos utentes



No que concerne ao número de refeições diárias, referidas pelo utente á entrada na IPSS, verifica-se que 50% da amostra faz 3 refeições diárias, 13,3% fazem 4 refeições e 10% alimentam-se 5 vezes ao dia, também 10% dos utentes fazem 6 refeições diárias e 16,7% dos inquiridos referem realizar apenas 2 refeições por dia.

Segundo Correia et al (2015), verifica-se, uma melhoria nas condições de alimentação dos utentes das instituições de solidariedade social.

Gráfico 11 – Expressão do índice de Massa Corporal – IMC da amostra



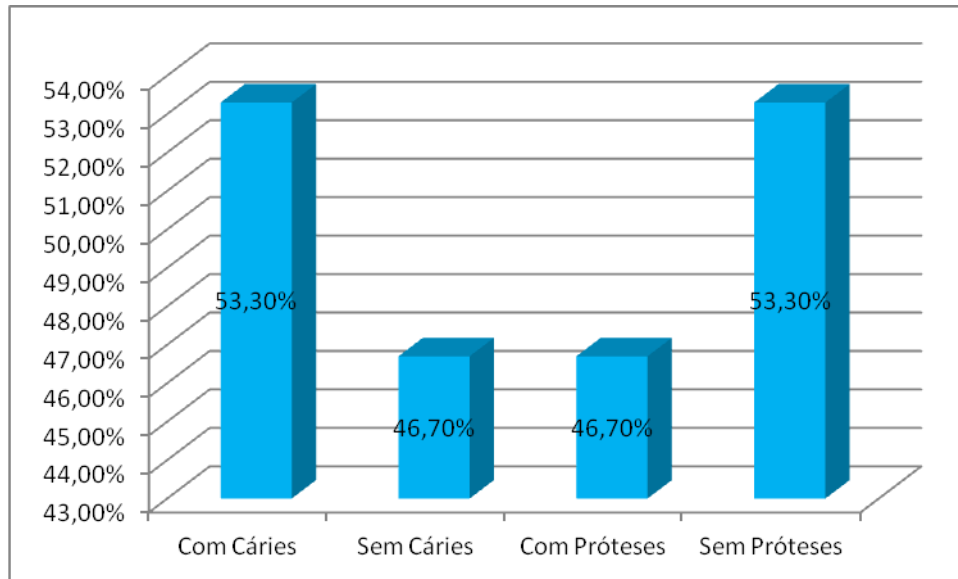
Conforme se observa no gráfico 11, 40% dos inquiridos apresenta IMC dentro do intervalo de normalidade, 26,7% encontra-se num grau de pré obesidade, 13,3% com obesidade de grau I e grau II e 6,7% apresenta obesidade mórbida.

Segundo a Associação Portuguesa de Dietistas – APD, afirma que:

Cerca de 2 bilhões de pessoas no mundo têm carência de vitaminas e minerais que são essenciais a uma boa saúde. Estas carências não se verificam apenas em pessoas desnutridas ou com magreza. Indivíduos com excesso de peso e obesidade apresentam, muitas vezes, carências nutricionais, por não realizarem uma alimentação equilibrada e completa; Aproximadamente 1.4 bilhões de pessoas têm excesso de peso (incluindo obesidade). Destes, cerca de um terço têm obesidade e encontram-se por isso em elevado risco de desenvolver doença cardiovascular, diabetes e outros problemas de saúde.

Parâmetro: Saúde Oral

Gráfico 12 – Expressão da Saúde Oral nos utentes da IPSS



Quanto á saúde oral dos utentes, pode-se constatar que 53,3% dos utentes têm cáries e usam próteses, bem como 46,7% não utiliza próteses e não é possuidor de cáries, conforme a tabela 3 e 4:

Tabela 3 e 4 – Distribuição da amostra segundo a existência de cáries e próteses dentárias:

Cáries:	Frequência. Absoluta	Frequência. Relativa
Com Cáries	16	53,30%
Sem Cáries	14	46,70%
Total	30	100,00%

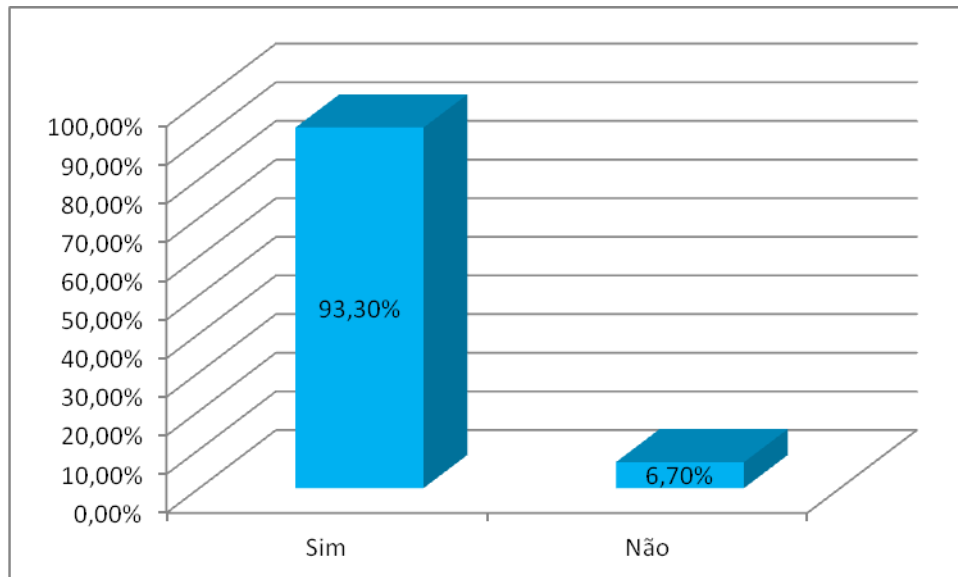
Próteses:	Frequência. Absoluta	Frequência. Relativa
Com Próteses	14	46,70%
Sem Próteses	16	53,30%
Total	30	100,00%

A saúde oral é uma questão inquietante visto que pode ser segundo o modelo de Locker (1988) um dos modelos mais utilizados para avaliar o estado da Saúde Oral. Este modelo

baseia-se na classificação da OMS (WHO, 1980, citado por Allen, 2003) dos conceitos de deterioração, incapacidade e desvantagem. O modelo de Locker defende que, os problemas de Saúde Oral poderão levar a sete possíveis consequências, nomeadamente deterioração, limitação funcional, dor/desconforto, incapacidade (física, psicológica e social) e desvantagem (Baker, 2007). Por isso, tenta capturar todos os resultados funcionais e psicossociais possíveis que os problemas de Saúde Oral poderão provocar (Allen, 2003). Neste sentido, a deterioração (por ex: perda de dentes) poderá levar a limitação funcional (por ex: dificuldade em mastigar) e dor/desconforto (autorrelatos de sintomas físicos e psicológicos). Por sua vez, estas dificuldades podem levar a incapacidade (incapacidade de realizar as atividades diárias, por ex.: alimentação insatisfatória) e a desvantagem (por ex.: isolamento social devido a embaraço). (Baker, 2007).

Parâmetro: Vacinação

Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a adesão á Vacinação por parte dos utentes da IPSS

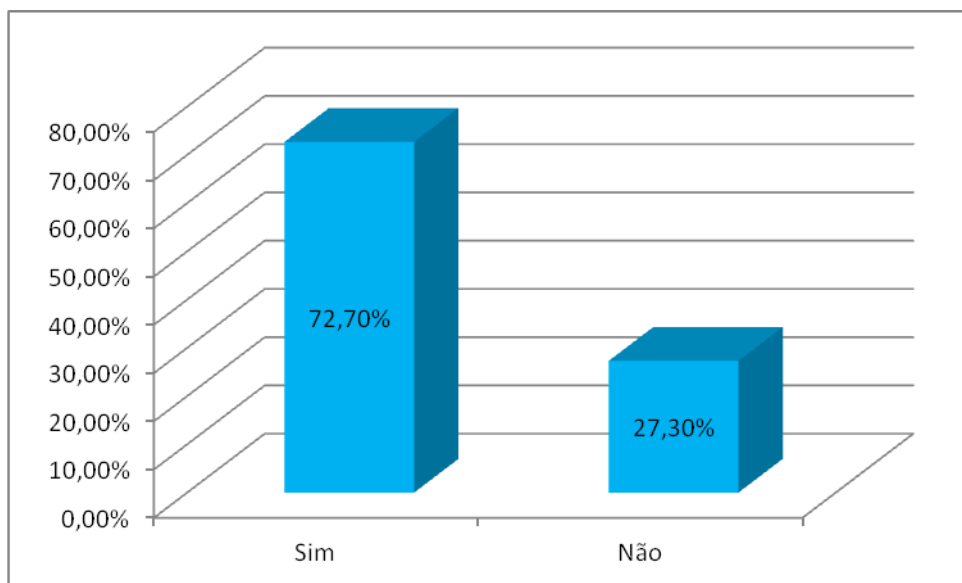


Verifica-se uma adesão de 93,3% á vacinação, embora 6.7% dos utentes não possuem o plano a vacinação atualizada, assim:

Segundo o Portal da Saúde “As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças. Mesmo quando a imunidade não é total, quem está vacinado tem maior capacidade de resistência na eventualidade da doença surgir.”

Parâmetro: Planeamento Familiar

Gráfico 14 – Acompanhamento Consulta Planeamento Familiar por parte das utentes

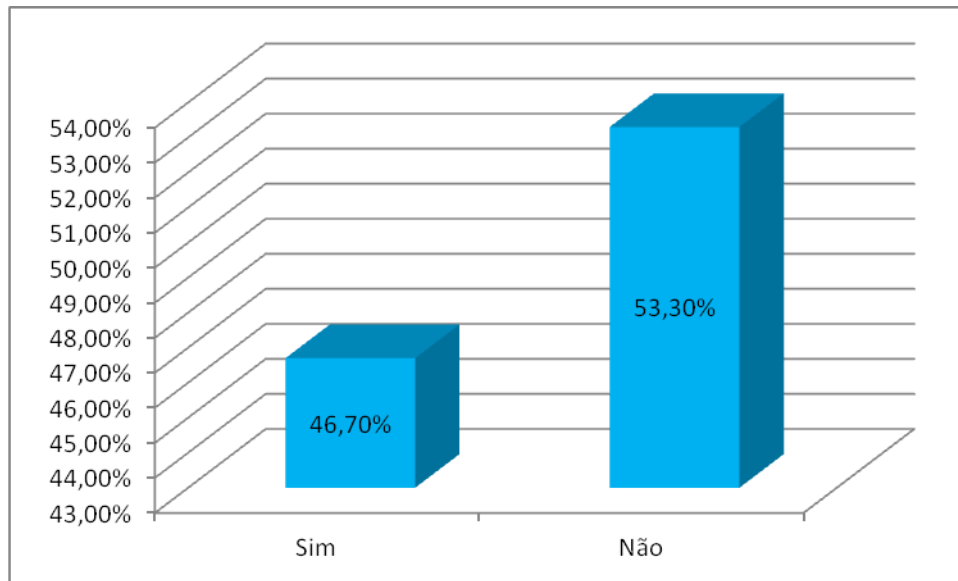


Constata-se que 72,7% das mulheres existentes nesta amostra são acompanhadas em consulta de planeamento familiar nas Unidades de Saúde Familiares, ainda que 27,3% ainda não tenha o mesmo acompanhamento.

Segundo Portal da Saúde (2008):

O planeamento familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso a informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. A prática do planeamento familiar permite que homens e mulheres decidam se e quando querem ter filhos, assim como programem a gravidez e o parto nas condições mais adequadas.

Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo o uso de contraceptivos



No que concerne á utilização de contraceptivos, verifica-se que mais de metade dos utentes (53,3%) não utiliza nenhum método contraceptivo e que 46,7% o fazem, conforme se verifica no gráfico 15.

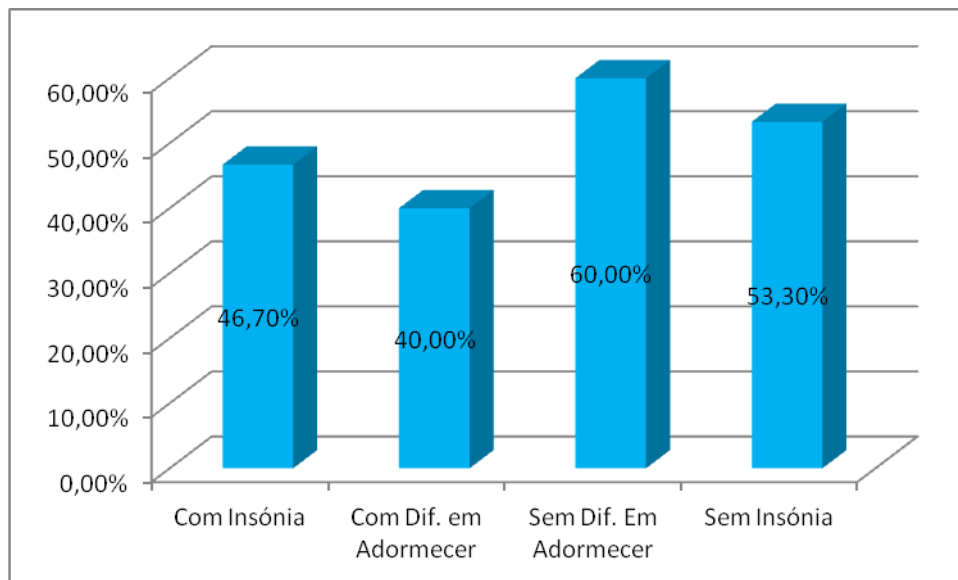
Na amostra estudada verificou-se a existência de uma mulher grávida, conforme a tabela 5

Tabela 5 – Distribuição da amostra de mulheres grávidas

Grávida:	Frequência. Absoluta	Frequência. Relativa
Sim	1	4,50%
Não	21	95,50%
Total	22	100,00%

Parâmetro: Sono

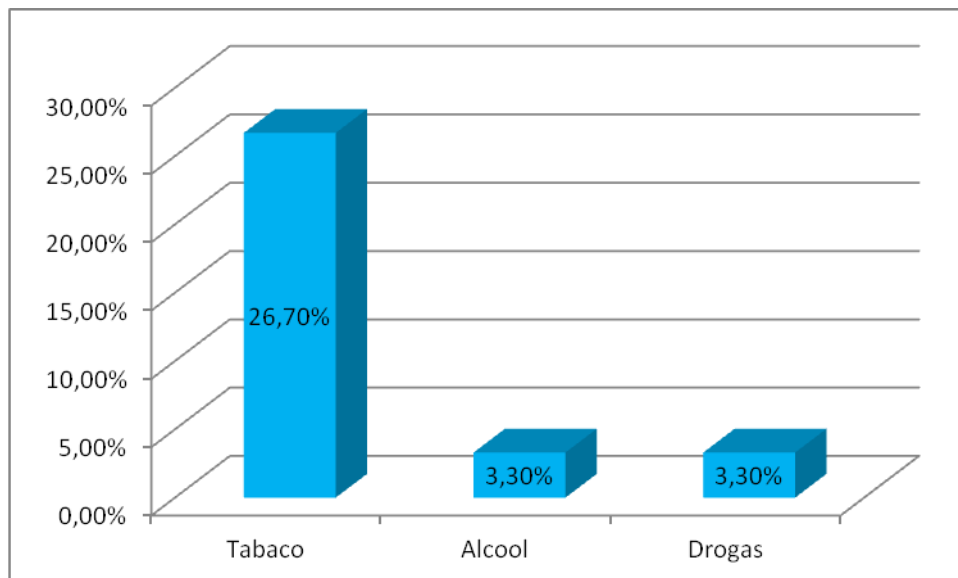
Gráfico 16 – Comportamento dos utentes face ao sono



Quanto às dificuldades no sono, constata-se que 46,7% dos utentes têm insónia e 40% têm dificuldades em adormecer, conforme o gráfico 16 demonstra.

Parâmetro: Dependências

Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo o consumo de substâncias



No que se refere ao uso de substâncias constata-se que dos 30 inquiridos, 26,7% são consumidores de tabaco, 3,3% são consumidores de álcool e também 3,3% de drogas e os restantes 66,7 % dos utentes não são dependentes de qualquer substância.

Segundo um pequeno estudo realizado na Irlanda (Hickey,2002),

(...) 67 % dos ex-reclusos sem-abrigo são toxicodependentes. Entre os sem-abrigo, a heroína é a droga habitualmente mais consumida, seguindo-se o consumo de cocaína e o policonsumo. Outros comportamentos de alto risco, tais como o consumo de droga injetada e a partilha de seringas, são também apontados como sendo elevados entre os sem-abrigo.

CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu à aluna desenvolver conhecimento sobre investigação em Enfermagem e ter uma visão mais profunda sobre os problemas de saúde das pessoas que recorrem à IPSS, bem como a aplicação dos conhecimentos ao longo do curso da Licenciatura em Enfermagem, permitiram á mesma, que tivesse agora um olhar diferente sobre os seus utentes.

Este trabalho teve como objetivos caracterizar socio-demograficamente uma amostra de utentes de uma IPSS do Porto, identificar os problemas de saúde da amostra de utentes e a elaborar uma grelha de avaliação de enfermagem para aplicação na IPSS em causa.

Para conseguir obter os resultados, a aluna desenvolveu uma grelha de avaliação em enfermagem, seguindo algumas diretrizes do MDAIF, que permitiu identificar os problemas de saúde mais recorrentes nas pessoas que recorrem a esta IPSS do Porto.

Com esta grelha foi possível verificar que 90% da amostra mantem maus hábitos alimentares, 60% da amostra tem excesso de peso, 53,3% têm lacunas na saúde oral. Quanto aos métodos contraceptivos, a aluna constatou que 53,3% da amostra não utiliza métodos contraceptivos, sendo as doenças sexualmente transmissíveis, uma preocupação. O sono também é uma área de preocupação, pois 46,6% dos utentes referiu distúrbios do sono e por fim, mas não menos importante, as dependências do tabaco, álcool e drogas também estão presentes nesta realidade. Não descurando os 66,7% da amostra que refere antecedentes pessoais, sendo a hipertensão, a diabetes e a depressão os mais prevalentes. Perante estes resultados a aluna considera que a Promoção e Educação para a saúde poderá ter um papel fundamental na vida destes utentes, sendo a IPSS um local onde a aplicação dos conhecimentos dos Enfermeiros seriam uma mais-valia.

Foi bastante gratificante realizar este projeto de investigação com esta temática, pois, permitiu á aluna juntar duas áreas de grande interesse para a mesma, conseguiu alargar e aprofundar os conhecimentos nesta área. A realização deste estudo contribuiu para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional enquanto aluna e futura profissional de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biscaia, J.L. *Qualidade em Saúde: uma perspetiva conceptual*. Qualidade em Saúde. Lisboa, 2008. p. 6-10.

Bordalo, F. (2010). *Gestão de IPSS*. Braga: Célula 2000.

Carvalho, G. S. (2001). “*Literacia e educação para a saúde no virar do século*”, Universidade do Minho.

Correia, et al. (2001) Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN: 0870-9025. Volume temático. Nº 2 (2001), p. 75-76.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978) *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. URSS. 6 –12 de Setembro de 1978, Alma-Ata.

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). *Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem*. *Rev Esc Enferm USP*, 3.

Freire, M. L. (1995). *As Misericórdias e as IPSS em Geral*. Porto: Elcla Editora.

Friedman, M.(1998). *Family nursing : Research, theory and practice*. Stamford: Appleton& Lange

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação, 1ª edição*. Lisboa. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Fortin, M.F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Metelo,C. et al. (2010). *O papel da rede de serviços e equipamentos sociais*. Sociedade e trabalho, 41, pp. 69-88.

Mozzicafredo, J. (1997). *Estado de providência em Portugal*. Oeiras. Celta Editora.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011). *Proposta da Ordem dos Enfermeiros – Modelo Organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade*.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986). “*Carta de Ottawa para a promoção da saúde*”. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.

Tukman, B. W, (1999). *Manual de Investigação em Educação*, 3ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tones, K.T. S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London, Chapman & Hall.

WEBGRAFIA

APD (2013) Alimentação Saudável. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.apdietistas.pt/item/123-dgs-publica-portugal-alimenta%C3%A7%C3%A3o-saud%C3%A1vel-em-n%C3%BAmeros-2013>». Consultado em [14/03/2015].

ARS Norte. Promoção da Saúde. [Em Linha]. Disponível em «<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde>». [Consultado em 14/03/2015].

Correia et al (2015). Uma abordagem á pobreza. [Em Linha]. Disponível em «<http://bancoalimentar.pt/news/view/519>». [Consultado em 02/06/2015].

Durão, V (2014). Educação para a Saúde como estratégia para a promoção do envelhecimento saudável. [Em Linha]. Disponível em «http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1203/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Para%20a%20Saude%20como%20estrategia%20para%20a%20promo%C3%A7%C3%A3o%20do%20Envelhecimento%20saudavel_%20Vera%20Sofia%20Tiago%20Dur%C3%A3o.pdf». [Consultado em 06/04/2015].

Hickey, C.(2002) *Crime and Homelessness*. [Em linha]. Disponível em «<http://ar2003.emcdda.europa.eu/pt/page074-pt.html>». [Consultado em 06/06/2015]

Segurança Social. Instituições Particulares de Solidariedade Social. [Em Linha]. Disponível em «<http://www4.seg-social.pt/ipss>». [Consultado em 24/03/2015].

Pinto, P. (2009). Qualidade de vida relacionada com a saúde oral. [Em Linha]. Disponível em «http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2151/1/22284_ulfp034903_tm.pdf». [Consultado em 06/04/2015].

Portal da Saúde (2008). Planeamento Familiar. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/gravidez+e+sexualidade/planeamentofamiliar.htm>». [Consultado em 06/04/2015].

Portal da Saúde (2014) Programa Nacional de Vacinação. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/vacinacao/vacinas.htm>». [Consultado em 12/04/2015].

REPE (2008) Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [Em Linha]. Disponível em «<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>». [Consultado em 02/04/2015].

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.[Em Linha]. Disponível em «http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Coordenacao/Documents/PNRCAD_2013_2020.pdf». [Consultado em 02/05/2015].

Simões, M.J.B (2011). Consulta de Enfermagem de Diabetes. [Em Linha]. Disponível em «http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8919/1/Maria%20Jos%C3%A9%20Sim%C3%B5es_LisboaAbril%202011_CEDum%20Contributo%20para%20a%20Visibilidad e%20dos%20Cuidados%20de%20Enfermagem.pdf». [Consultado em 25/05/2015].

ANEXOS