



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA AOS TRÊS NÍVEIS DE PREVENÇÃO -

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

Por: Maria de Fátima Fonseca da Cruz

LISBOA, Maio de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

## - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA AOS TRÊS NÍVEIS DE PREVENÇÃO -

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

Por: Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Sob orientação de: Teresa Rasquilho Vidal

LISBOA, Maio de 2011

## RESUMO

A Promoção da Saúde é uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida das populações. A Educação para a Saúde numa acção essencialmente voltada para a Promoção da Saúde desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e conseqüentemente na obtenção de ganhos em saúde. A possibilidade de ocorrerem transformações sobre as condições de vida e de saúde nas comunidades depende do acesso a determinadas formas de conhecimento, e a Educação em Saúde tem um papel significativo face à melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Este relatório de estágio dá enfoque à Educação para a Saúde aos três níveis de prevenção.

A Parte I diz respeito ao desenvolvimento do estágio no centro de saúde de Alvalade, e compreende dois momentos: o diagnóstico de saúde na comunidade e a intervenção na comunidade de etnia cigana residente no bairro das Murtas.

O diagnóstico de saúde, para além da caracterização do Centro de Saúde de Alvalade e da dinâmica dos cuidados de enfermagem, compreendeu um estudo descritivo, exploratório, transversal, dirigido às mães de etnia cigana com crianças dos 0 aos 11 anos inscritas neste centro de saúde. Deste diagnóstico emergiram como necessidades prioritárias em Educação para a Saúde: Doenças detectadas no Teste do Pezinho, Doenças que as vacinas previnem, e Hábitos de uma alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos.

Na intervenção em enfermagem avançada na comunidade e dando resposta às necessidades solicitadas foram realizadas sessões de Educação para a Saúde e folhetos informativos com vocabulário simples, informação acessível e compreensível, evitando linguagem técnica.

A Parte II diz respeito ao desenvolvimento do estágio na consulta externa de ortopedia do Hospital de Curry Cabral e contempla a intervenção em enfermagem avançada no âmbito da Educação para a Saúde no período pré-operatório a grupo de utentes em lista de espera dentro do tempo máximo de resposta garantido com proposta para artroplastia total da anca. O projecto contou com a participação de um elemento de referência de cada etapa do processo de artroplastia total da anca desde a proposta cirúrgica, passando pelos períodos pré, intra e pós-operatório até ao ensino para a alta clínica na adaptação às actividades de vida diária.

Este relatório traduz-se no crescimento e amadurecimento profissional, bem como no ganho progressivo de competências nomeadamente no domínio da investigação, comunicação, relação, negociação, gestão/ organização, do ensino e informação no âmbito da intervenção avançada em enfermagem comunitária.

## **ABSTRACT**

Health Promotion is a strategy for the betterment of the population's quality of life. Health Education is an essential action geared towards Health Promotion and has a fundamental role in enabling individuals to acquire healthy habits and consequently, obtain health gains. The possibility of transformations occurring in the community with regards to life and health conditions depends on the access to determined forms of knowledge, having Health Education a significant role with respect to increasing life and health conditions of the population.

This clinical practice report focuses on Health Education at the three levels of prevention.

The first part refers to the clinical practice occurring at the Alvalade health center and is composed of two moments: health diagnosis in the community and community intervention in gypsy residents of the Murtas neighborhood.

The health diagnosis was not simply a characterization of the Alvalade health center and of the dynamics of nursing care, but a descriptive, exploratory, transversal study geared towards mothers of gypsy ethnicity with children between the ages of 0 to 11 years, enrolled in this health center. Due to this diagnosis, the following emerged as priority necessities in Health Education: illnesses detected in the foot test, disease prevented by vaccination and, healthy eating habits for children between 0 to 11 years.

In the advanced nursing intervention in the community, and at the same time trying to respond to the evaluated necessities, Health Education sessions were held and pamphlets with simple vocabulary (avoiding technical language), and with easy and comprehensive information, were elaborated.

Part II refers to the development of clinical practice in the orthopedic external consultation, at the Hospital Curry Cabral, and contemplates an advanced nursing intervention in Health Education in the pre-operative period for a group of patients in the waiting list for a total hip arthroplasty. The project counted with the participation of a reference element for each step of the process, from the time surgery was proposed, going through the pre, intra and post-operative period until the period of education with regards to discharge namely, adapting to daily life activities.

This report translates professional growth and maturation, as well as, the progressive gain of competencies, namely in the domain of research, communication, relation, negotiation, management/ organization of Education and Information in the area of advanced nursing intervention in the community.

**“Somos aquilo que fazemos consistentemente.  
Assim, a excelência não é um acto,  
mas sim um hábito.”**

Aristóteles

## **LISTA DE SGLAS E ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ATA – Artroplastia Total da Anca

BM – Bairro das Murtas

CSA – Centro de Saúde de Alvalade

CSPCG – Centro Social e Paroquial do Campo Grande

DGS – Direcção Geral de Saúde

Dra. – Doutora

GEBALIS – Gestão de Bairros de Lisboa

HCC – Hospital de Curry Cabral

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PTA – Prótese Total da Anca

RMG/ RSI – Rendimento Mínimo Garantido/ Rendimento Social de Inserção

RSA – Revisão de Substituição da Anca

SAM – Sistema de Apoio Médico

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

“SIC” – Assim, Tal e qual

TRG – Tempo de Resposta Garantido

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>1 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE .....</b>	<b>14</b>
1.1 – CENTRO DE SAÚDE DE ALVALADE .....	14
1.2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA INTEGRAR A EQUIPA DE SAÚDE DO CSA.	15
1.3 – NECESSIDADES DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE CIGANA .....	16
<b>1.3.1 – Actividades desenvolvidas no CSPCG .....</b>	<b>20</b>
<b>1.3.2 – Estudo realizado no bairro das Murtas .....</b>	<b>22</b>
1.4 – AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	27
<b>2 – A INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE CIGANA DO BAIRRO DAS MURTAS .....</b>	<b>29</b>
2.1 – DIAGNÓSTICO PRECOCE .....	31
2.2 – VACINAÇÃO .....	33
2.3 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA CRIANÇA DOS 0 AOS 11 ANOS .....	33
2.4 – AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	35
<b>3 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO – QUE RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>PARTE II</b>	
<b>1 – O HOSPITAL CURRY CABRAL E A COMUNIDADE .....</b>	<b>39</b>
1.1 – CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA .....	39
<b>2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>3 – PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>42</b>
<b>4 – INTERVENÇÃO A GRUPO DE UTENTES COM PROPOSTA PARA ATA .....</b>	<b>43</b>
4.1 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....	45
<b>5 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO – QUE RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>52</b>

## **ANEXOS**

ANEXO I – Poster Vacinação .....	57
ANEXO II – Promoção da Saúde na Criança de Etnia Cigana – Idade Escolar .....	59
ANEXO III – Entrevista à Presidente do Secretariado Diocesano de Lisboa da Pastoral dos Ciganos .....	136
ANEXO IV – Entrevista a Mediador de Etnia Cigana Residente no Bairro das Murtas .....	142
ANEXO V – Questionário aplicado às mães de Etnia Cigana Residentes no Bairro das Murtas .....	146
ANEXO VI – Estudo realizado no Bairro das Murtas .....	152
ANEXO VII – Poster Cuidados com o Sol .....	181
ANEXO VIII – Caracterização das Crianças de Etnia Cigana dos 0 aos 11 anos por Morada .....	183
ANEXO IX – Conformidade dos Boletins de Vacinas e Consultas de Saúde Infantil .....	186
ANEXO X – Trabalho “Teste do Pezinho” .....	189
ANEXO XI – Trabalho “Vacinação” .....	218
ANEXO XII – Folheto “Doenças que as Vacinas Previnem” .....	233
ANEXO XIII – Trabalho “Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11 anos” .....	238
ANEXO XIV – Poster Roda dos Alimentos .....	275
ANEXO XV – Entrevista realizada a Senhora de Etnia Cigana residente no Bairro das Murtas.....	277
ANEXO XVI – Documento cedido pelo Planeamento Controlo e Gestão do HCC .....	280
ANEXO XVII – Questionário aplicado a utentes submetidos às cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no HCC no ano de 2010 .....	283
ANEXO XVIII – Estudo realizado na Consulta Externa de Ortopedia do HCC .....	286
ANEXO XIX – Utentes em Lista de Espera para ATA e RSA .....	297
ANEXO XX – Artroplastia Total da Anca .....	300
ANEXO XXI – Plano da Sessão de Educação para a Saúde acerca da temática que Envolve a ATA .....	321
ANEXO XXII – Diapositivos de apresentação da Sessão de Educação para a Saúde .....	325
ANEXO XXIII – Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde .....	342
ANEXO XXIV – Lista de Utentes Presentes na Sessão de Educação para a Saúde .....	344
ANEXO XXV – Guia de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde .....	346
ANEXO XXVI – Pedidos de Autorização .....	348
ANEXO XXVII – Folheto Artroplastia Total da Anca .....	353

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito do plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa para o curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Pretende ser um instrumento de avaliação das actividades e competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de três módulos de estágio. Encontra-se estruturado em duas partes: a Parte I diz respeito ao desenvolvimento do estágio no centro de saúde de Alvalade e inclui os Módulos I e II, e a Parte II diz respeito ao desenvolvimento do estágio na consulta externa de ortopedia do Hospital Curry Cabral e corresponde ao Módulo III. Os Módulos I e II decorreram nos períodos de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010 e 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 respectivamente e correspondem a dois momentos distintos.

No Módulo I foi feito o Levantamento das Necessidades de Saúde na comunidade de crianças de etnia cigana dos 0 aos 11 anos residentes no bairro das Murtas através da aplicação de um questionário às suas mães. Na família cigana, enquanto o homem representa o esteio e o braço forte da família, a mulher significa o lado terno e de protecção espiritual do lar. Sendo mãe muito jovem, assume desde muito cedo a responsabilidade pelos filhos. Foi realizado um estudo descritivo, exploratório e transversal donde emergiram como necessidades prioritárias no campo da Educação para a Saúde as temáticas: “Diagnóstico precoce, Vacinação, e Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos. Traçado Plano de Intervenção que prevê a realização de acções de Educação para a Saúde acerca das referidas temáticas dirigidas às mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas com crianças dos 0 aos 11 anos.

No Módulo II passámos à Implementação do Plano de Intervenção fazendo chegar os cuidados de saúde primários no âmbito da Educação para a Saúde a esta população através da deslocação à Loja Social (espaço cedido pela Gebalis ao CSPCG para o desenvolvimento de acções desta natureza), e à Avaliação do mesmo.

O Módulo III decorreu no período de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011 tendo por base o estabelecimento de um fio condutor que enriqueça e sedimente o percurso do desenvolvimento de competências na assistência de enfermagem comunitária avançada num contexto e realidade bem diferente. Desenvolveu-se na consulta externa de ortopedia do Hospital de Curry Cabral. Nesta consulta a lista de espera para as cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes (Substituição total do joelho, Substituição total da anca, e excisão de cartilagem semilunar do joelho) é uma realidade sendo que esta se deve ao aumento da longevidade da espécie humana em que a esperança de vida actual é maior duas vezes da que existia no início do século.

Para priorizar o grupo de utentes (dentro das três cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes e com mais utentes em lista de espera) com maior necessidade no âmbito da Educação para a Saúde no período que antecede a cirurgia recorremos a um tipo de estudo descritivo, exploratório e transversal, através da aplicação de um questionário aplicado a grupo de utentes no período pós-operatório das três cirurgias ortopédicas mais frequentes e que recorreram à Consulta Externa de Ortopedia na segunda semana de estágio (29 de Novembro de 2010 a 3 de Dezembro de 2010). Obtivemos como grupo prioritário em termos de necessidade em Educação para a Saúde no período que antecede a cirurgia os utentes em lista de espera com proposta para ATA. Foi assim planeada sessão de Educação para a Saúde dirigida a estes utentes tendo sido convocado para a sua realização um elemento de referência de cada etapa que envolve toda a temática de Artroplastia Total da Anca.

A Promoção da Saúde traduz um processo de habilitar as pessoas a aumentarem a sua capacidade de controlo sobre a sua saúde e de a melhorarem para alcançar um completo bem-estar físico, mental e social a nível individual e comunitário - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Assim, promover a saúde significa, não só a um nível individual mas comunitário, criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa, não apenas a prevenção das doenças, mas a possibilidade de promover e proteger a sua saúde.

A definição de Promoção da Saúde segundo Green e Kreuter (1991) consiste fundamentalmente na combinação de apoios educativos, organizacionais e políticos, para acções e condições de vida que conduzam à saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades, e influenciem os factores determinantes desta. É um processo que encoraja a um maior controlo a nível pessoal e maior responsabilidade pública, para melhorar ou manter a saúde individual ou colectiva, sendo primordial a Educação para a Saúde.

A acção de Educação para a Saúde é uma componente central da Promoção da Saúde. Assim, a Educação para a Saúde deve ser considerada como um conjunto de meios que permitem ajudar os indivíduos e os grupos a adoptarem comportamentos favoráveis à saúde, reforçando que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico. É nesta lógica que a enfermagem assume um papel preponderante ao valorizar a Educação para a Saúde na motivação das pessoas a obter informação e a desenvolverem actividades para se manterem em boa saúde, evitando acções nocivas e criando hábitos saudáveis (Green e Kreuter, 1991).

A enfermagem, numa concepção holística da Pessoa, perspectiva o seu global bem-estar físico, mental, espiritual e social, o que é consentâneo com a visão do paradigma da integração (Kérouac, 1994), integrando procedimentos que permitam melhorar a saúde numa visão de Promoção da Saúde em geral, e na Educação para a Saúde em particular.

Os enfermeiros são profissionais de saúde cujas intervenções integram processos educativos, que promovam o auto cuidado do utente. Esta função aponta claramente para a realização de actividades de Educação para a Saúde. Assim, 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.

Considerando a Educação para a Saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a actuação 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. Um programa educativo em saúde visa a mudança voluntária de comportamentos a nível individual ou colectivo e tem que ter imperiosamente em conta os factores comportamentais determinantes da saúde da população, como cultura, crenças, atitudes, incentivos, obstáculos nos quais podemos de alguma maneira exercer a nossa influência.

Porque só se pode compreender aquilo que se conhece, o enfermeiro adapta o seu cuidar à cultura da pessoa cuidada percebendo, no entanto, que o respeito deve ser uma realidade tanto para o indivíduo como para o enfermeiro.

Os diferentes grupos comunitários representam, de forma geral, os interesses, necessidades e valores dos indivíduos que os formam, fornecendo um elo de ligação entre a pessoa e o sistema social em geral. Na intervenção comunitária em grupos devem ser consideradas, não só as necessidades do grupo no que à saúde diz respeito, mas também as necessidades e perspectivas individuais. Cada pessoa, cada criança e cada família desenvolve, ao longo da sua vida e do seu processo de interacção e socialização, um sentimento de pertença ao grupo, o que influencia as suas escolhas, atitudes, valores e comportamentos.

Os grupos funcionam como importantes redes de comunicação e podem inclusive ser encarados como pequenas organizações de partes da comunidade, onde se partilham interesses, ideias e comportamentos. Algumas modificações de comportamentos individuais de saúde seriam impossíveis de realizar sem o apoio da intervenção em grupos porque, na maioria das vezes, estes são responsáveis pelas alterações dos comportamentos que aumentam o bem-estar individual, comunitário e social.

E *“Se considerarmos que o ser humano ao longo do seu ciclo vital se encontra em constante desenvolvimento, experienciando uma multiplicidade de transições, então a enfermagem fornece respostas a essas transições”* Abreu (2008: 25). O foco de atenção do enfermeiro deve centrar-se na facilitação das transições, *“despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades”* Silva (2007: 15). Transição é uma *“passagem de um estado, condição ou lugar para outro”* Chick e Meleis (1986: 239). A transição tem conotação com o tempo e o movimento. O conceito de transição implica uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados socialmente, nas expectativas de vida, nas habilidades socioculturais e na capacidade de gestão das respostas a essas transformações.

O papel do enfermeiro é proporcionar aos sujeitos, sem impor, os meios complementares que lhes permitam reconhecer ou descobrir os seus recursos pessoais através do conceito de ‘empowerment’ ou seja, através do reforço de capacidades, competências ou poder, que é simultaneamente, uma pré-condição para a participação e o exercício da cidadania e um

processo de formação e de aquisição de poder permanente que implica que o desenvolvimento seja um processo permanente de investigação-acção, em que a teoria se alimenta da acção e vice-versa, pressupondo uma dinâmica permanente de avaliação.

O estado de saúde do indivíduo, família ou comunidade tem influência directa na sua Qualidade de vida. O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS (1994) definiu qualidade de vida como "*a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*".

O levantamento das Necessidades em Saúde é definido como o processo para determinar a percepção das pessoas acerca das suas reais necessidades ou Qualidade de vida. Neste sentido a saúde pode influenciar a Qualidade de vida e o bem-estar social, ao mesmo tempo que a Qualidade de vida e os problemas sociais afectam a saúde. A Qualidade de vida é definida como a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão satisfeitas e que não são negadas todas as oportunidades para alcançar a felicidade completa.

A Promoção da saúde procura promover condições que melhorem a Qualidade de vida das pessoas, tendo em conta a percepção de Qualidade de vida para essas pessoas.

Quando nos debruçamos sobre o conceito de cuidar numa perspectiva de saúde somos sempre induzidos a analisar outros dois conceitos indissociáveis entre si, respectivamente o da saúde e de doença. No entanto, mais importante do que o significado destes conceitos é a sua representação. Importa saber como as populações alvo dos nossos cuidados encaram culturalmente a saúde e a doença, e assim torna-se imprescindível conhecer todos os valores e crenças da sua cultura, bem como os seus costumes e hábitos de vida. Segundo Guruge & Donner (1996: 37), a cultura molda também "*...a forma como os indivíduos percebem a saúde e a doença e seus comportamentos de promoção de saúde e a sua utilização dos serviços de saúde, a procura do tipo de tratamento e as suas expectativas face ao tratamento*."

O cuidar está intimamente ligado a questões como o processo de vida e de morte, a saúde, a doença, o bem-estar, o sofrimento, e por isso é importante perceber que estes variam de cultura para cultura e podem assim assumir diferentes significados. Deste modo, importa conhecer diferentes culturas e a própria profissão de enfermagem exige determinados comportamentos e atitudes relacionados com a responsabilidade de cuidar, a fim de encontrar estratégias para estabelecer uma verdadeira relação de ajuda.

Segundo Leininger (1998), ao cuidarmos dos elementos de grupos culturais diferentes, devemos primeiramente identificar os seus valores culturais dominantes e só depois determinar qual a melhor forma de cuidar dessas mesmas pessoas. Também Collière (1999), diz que os enfermeiros devem compreender as divergências culturais entre si próprios e os utilizadores de cuidados, permitindo assim que estes aprendam a utilizar estas interferências culturais em vez de as recusar, evitando a imposição de "certezas científicas" que julgamos ter. Perante a riqueza e diversidade cultural, nós enfermeiros devemos conseguir interpretar o

comportamento dos outros, de modo a responder às suas necessidades respeitando a sua individualidade cultural. Leininger (1998) considera o cuidar humano como o ponto central da enfermagem, sendo esta uma profissão muito humana e científica, que tem como objectivo auxiliar ou facilitar a manutenção do bem-estar num indivíduo ou grupo. Refere a importância para a enfermagem da valorização dos aspectos únicos de cada cultura, devido às múltiplas diferenças culturais no cuidar humano, na saúde e na doença, que verificou através dos seus inúmeros estudos realizados.

O código deontológico do enfermeiro refere, no que diz respeito ao dever para com a comunidade, *“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:*

- *Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;*
- *Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados;*
- *Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”*

Assumindo a Educação para a Saúde como uma estratégia que conduz a *“mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar”* do indivíduo, família e comunidade, podendo *“influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências, e ainda conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida”* Tones e Tilford (1994: 11), foram traçados como objectivos de estágio:

- Módulo I – Identificar as Necessidades de Saúde nas crianças de etnia cigana dos 0 aos 11 anos residentes no bairro das Murtas, através das suas mães;
- Módulo II – Sensibilizar as mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas com crianças dos 0 aos 11 anos para a adopção de estilos de vida saudáveis, através de acções de Educação para a Saúde acerca das temáticas em que referem sentir maior necessidade de aprender;
- Módulo III – Implementar a realização de sessões periódicas (6 em 6 meses) de Educação para a Saúde no período que antecede a cirurgia, na consulta externa de Ortopedia do Hospital de Curry Cabral, dirigidas ao grupo de utentes em lista de espera para cirurgia ortopédica programada que manifeste maior necessidade em termos de Informação e Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a cirurgia a que vai ser submetido.

Tendo como premissa descrever e analisar de forma crítica as actividades desenvolvidas durante o estágio, bem como identificar as competências adquiridas, a elaboração deste relatório é orientada pelos objectivos específicos traçados para cada módulo de estágio e entende as dimensões da teoria, prática e investigação.

Foi utilizada metodologia de Planeamento em Saúde dando ênfase à participação da população nos projectos desenvolvidos sendo que a população também faz parte do complexo processo de planeamento. O planeamento em saúde é um processo que se pretende contínuo de forma a melhorar a motivação e empenho dos seus intervenientes e conduzir à eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tendo como meta a melhoria da Qualidade de vida da população.

A realização de um portfolio reflexivo permitiu criar um conjunto de documentação estruturada e orientada no sentido de dar resposta às actividades desenvolvidas. O Portfolio foi progressivamente melhorado com reflexões críticas ao longo dos diferentes campos de estágio, permitindo assim obter uma visão abrangente e pormenorizada das diferentes componentes das temáticas em estudo e do meu desenvolvimento profissional. Este constituiu assim um instrumento precioso para a fundamentação deste Relatório.

## **PARTE I**

### **1 – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE**

O diagnóstico de saúde na comunidade é parte do processo de Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o desenho do planeamento em saúde deve conter três fases importantes, nomeadamente a Elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a elaboração de programas e projectos tendo em conta a limitação de recursos, e a preparação da execução); a Execução e a Avaliação. O diagnóstico em saúde na comunidade como parte deste processo, identifica e caracteriza uma situação específica. Diagnosticar é analisar uma dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções.

A fase de diagnóstico deve abarcar os sectores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde da comunidade e os seus factores condicionantes, de forma a explicar as suas causas, ao mesmo tempo que deve ser suficientemente sucinto e claro de modo a ser atingível e apreendido por todos.

#### **1.1 – CENTRO DE SAÚDE DE ALVALADE**

O Decreto-Lei nº 28/ 2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais.

De acordo com o regime estabelecido, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP). Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

O Centro de Saúde de Alvalade funciona como unidade básica do Serviço Nacional de Saúde e está dependente da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Está

integrado no ACES Lisboa Norte desde Março de 2009, fazendo parte do mesmo agrupamento os centros de Saúde do Lumiar, Benfica e Sete Rios. Abrange uma área diversificada de utentes e populações no que diz respeito a faixa etária, estrato social, condições económicas, cultura e etnia, entre outros. Tendo como missão, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004/ 2010, a prevenção da doença e a promoção de estilos de vida saudáveis, presta cuidados de saúde primários a indivíduos, famílias e comunidades. É um antigo pavilhão do Hospital Júlio de Matos recuperado e adaptado e que recentemente sofreu remodelações de forma a comportar uma Unidade de Saúde Familiar (USF) no Piso 0 que já se encontra em funcionamento desde o dia 1 de Setembro de 2009. Do piso 1, unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), onde desenvolvi os Módulos I e II de estágio fazem parte: gabinetes de atendimento médico, gabinete de vacinação, gabinete de enfermagem de planeamento familiar, gabinete de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, secretaria, sala de reuniões, gabinete da enfermeira chefe, cuidados continuados integrados, coordenação, cafetaria e biblioteca. Este Centro de Saúde é dotado de equipamentos facilitadores da acessibilidade e mobilidade, como elevador e rampas. Serve a população de três freguesias: Alvalade, S. João de Brito e Campo Grande. A população residente é maioritariamente idosa coincidindo a sua vinda para o bairro com a construção do mesmo. Actualmente residem nas três freguesias 34.217 pessoas correspondendo a uma densidade populacional de 148 habitantes/ hectare. (Censos 2001, fonte INE).

A faixa etária dominante é entre os 65 e os 79 anos, sendo a freguesia mais envelhecida a de S. João de Brito e a menos envelhecida a do Campo Grande. Esta diferença é justificada pela existência de dois bairros de realojamento social: o bairro das Murtas em que a população residente dominante são famílias de etnia cigana, e a Quinta da Calçada.

## 1.2 - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA INTEGRAR A EQUIPA DE SAÚDE DO CSA

No centro de saúde de Alvalade desenvolvi actividades nas consultas de enfermagem em saúde infantil e pediátrica e vacinação.

Em saúde infantil e pediátrica documentei-me, através de pesquisa bibliográfica e conversas informais com a Sra. enfermeira orientadora do estágio, acerca das etapas do desenvolvimento da criança. Direcionei o foco de atenção para o desenvolvimento e crescimento harmonioso da criança e jovem, centrando a intervenção na parceria com os pais ou encarregados de educação fomentando o papel parental. Procedi à avaliação global da criança mediante o seu estágio de desenvolvimento, ao despiste de complicações e registos do seu crescimento e desenvolvimento, estando mais atenta à detecção precoce ou referenciação de casos complicados com as mais variadas disfunções e à prática de comportamentos saudáveis. A parentalidade é uma condição permanente a partir do momento que é vivenciada, tendo um carácter dinâmico, uma vez que está em constante modificação. Cada estágio de

desenvolvimento da criança/ jovem exige por parte dos pais ou encarregados de educação uma adaptação nas suas expectativas, comportamentos, sentimentos e preocupações. Tendo em conta as condições de vida da criança (no lar com os pais ou institucionalizada) contribuiu para a promoção da saúde e prevenção da doença através de acções de sensibilização e educação pontuais à própria criança ou encarregados de educação utilizando todos os recursos disponíveis no CSA.

Na vacinação actualizei-me acerca do Plano Nacional de Vacinação, promovendo a sua divulgação e a motivação do utente ou família, aproveitando todas as oportunidades para vacinar. Desta forma fiz ensinamentos pontuais acerca dos efeitos e das reacções às vacinas e procedi aos registos em suporte informático e de papel, contribuindo assim para a prevenção e controlo da doença e para a actualização constante dos boletins de vacinas. Os esquemas propostos pelo Plano Nacional de Vacinação não são rígidos, devendo adaptar-se às circunstâncias locais, epidemiológicas ou de outra natureza, e ainda a casos individuais, caso haja razões quer de ordem clínica ou outras. Neste sentido tirei dúvidas e aferi situações pontuais com a Sra. enfermeira orientadora do campo de estágio no planeamento, adequação, execução e avaliação das intervenções de enfermagem.

O trabalho em grupo é uma das modalidades mais ricas para desenvolver as actividades em torno de um objectivo comum pois permite aos seus elementos exercitar múltiplas competências e habilidades, unindo o esforço de toda a equipa com a interface dos diferentes domínios do conhecimento. O poster que elaborei, em conjunto com a colega estagiária deste curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem Comunitária, sobre as 'Doenças que as Vacinas previnem' contou com a pesquisa bibliográfica e a partilha dos diferentes saberes de cada uma de nós o que resultou numa sinergia. Uma vez que não é muito usual a informação nos centros de saúde acerca das doenças que as vacinas previnem, centrando-se a atenção no esquema do Programa Nacional de Vacinação, esta actividade revelou-se de enorme pertinência (ANEXO I).

### 1.3 – NECESSIDADES DE SAÚDE DE UMA COMUNIDADE CIGANA

*“O indivíduo que é cigano tem consciência de que o é. Age como elemento do seu grupo, no seu povo. É coerente e sente-se regido por uma série de normas que consolidam a vida no seio das famílias.”* Nunes (1996: 152).

De uma forma geral os ciganos caracterizam-se por serem um grupo muito fechado, mas é devido a isso que resistem ao longo da sua existência mantendo a sua cultura. Em termos de especificidade, caracterizam-se por se dedicarem sobretudo ao comércio ambulante; Os bens económicos não são determinantes por si só, nem a acumulação de bens é uma aspiração do grupo, este satisfaz as suas necessidades circunstanciais, não procedem a trocas nem partilhas, vivem em comunhão de bens; Têm uma linguagem própria; Vestem-se de forma

característica; A organização social tem na sua base o parentesco, incluindo três ou mais gerações; Os papéis sociais são definidos pelo sexo e idade; A solidariedade funciona na unidade parental e manifesta-se sobretudo, nos momentos de dificuldade económica ou moral.

É importante referir que os ciganos não são espelhos uns dos outros: apesar de pertencerem a um povo e de se reconhecerem como tal, há as diferenças entre famílias e as características individuais de cada um.

*“ Existe entre eles a divisão sexual do trabalho: os homens exercem a actividade produtiva; as mulheres geralmente fazem a venda ambulante e lêem a sina”* Nunes (1996: 294). A profissão é exercida conforme o grupo a que pertencem. É característico das actividades profissionais exercidas a não obrigatoriedade de cumprimento de um horário nem a obediência a patrões. *“Com efeito, o cigano é muito cioso da sua liberdade e pode dizer-se que apenas trabalha quando lhe apetece ou quando tem necessidade de dinheiro “* Viegas e Silva (1993: 41).

De facto os ciganos apreciam mais as profissões que lhe permitam manter as suas características culturais e ao mesmo tempo evitar o risco de tensões e problemas com os não ciganos sendo as profissões mais frequentes aquelas que permitem um relativo grau de autonomia e liberdade físicas (vendedores ambulantes, artesãos, etc.), que não os obriguem a um conjunto de regras impostas e a um horário fixo. A resistência dos ciganos em integrar-se no sistema de “gadgé” prende-se também com a possibilidade da perda da própria identidade e forma de vida.

A educação das crianças de etnia cigana é de total responsabilidade da família nuclear. Por um lado, uma das características desta família é o amor que sustentam pelos filhos que são extremamente mimados, nada lhes falta dentro das possibilidades dos pais. Por outro lado, as crianças nutrem um profundo respeito e grande amor pelos pais, acatando as suas ordens. Estas crianças frequentam irregularmente a escola, devido à falta de herança cultural familiar, ao analfabetismo dos pais e avós e à relutância dos ciganos em mandar os filhos à escola, com receio de que estes adquiram hábitos e costumes dos “gadgé”, resultando a perda da sua herança cultural. Para os ciganos é mais importante desenvolver habilidades específicas do que obter conhecimentos abstractos.

Os ciganos habitualmente casam cedo, o rapaz entre os 16 e os 20 anos e a rapariga entre os 13 e os 18 anos. Nas relações matrimoniais predomina a endogamia; não há qualquer impedimento em contrair casamento entre primos paralelos ou cruzados desde que haja conveniência da parte da família dessa união. Tendencialmente os casamentos são feitos entre parentes ‘próximos’, na tentativa de manter a coesão do grupo.

O objectivo principal do casamento cigano é a procriação; esta reverte-se de tal importância no seio destes que a invalidação do casamento pode ter como base a esterilidade. Considera-se o casamento como a maior festa de ciganos; estes podem durar dois a seis dias, onde juntam centenas de convidados. A cerimónia de casamento costuma ocorrer na primeira noite e consiste na chamada ‘prova de virgindade’ da noiva, que fica sob a responsabilidade de

algumas 'mulheres de respeito'. Os casamentos entre ciganos de grupos com tradições diferentes ou entre ciganos e não ciganos são considerados casamentos mistos. Quando o casamento é feito com 'não ciganos', por norma, a mulher segue a condição do marido, adoptando a cultura deste. O nascimento do primeiro filho confere ao rapaz o estatuto de marido de pleno direito e a entrar para a classe dos 'homens de respeito', e à rapariga a 'dignidade de mulher'.

Cabe às mulheres desde cedo cuidarem das tarefas do lar, tornando-o o mais aconchegante e confortável possível, seja o lar paterno, seja o seu próprio com o marido. As meninas ficam sempre perto da mãe auxiliando nos trabalhos de casa e ajudando a cuidar dos irmãos menores. A mulher cigana tem o seu lado feminino marcadamente atraente, colorido e sensual. Aliás, quando pensamos em ciganos, a primeira imagem que nos vem à mente é a destas mulheres vestidas com roupas longas e cheias de cor, de cabelos escuros apanhados por lenços coloridos, muitas jóias ao redor do pescoço, dos punhos e argolas de ouro penduradas nas orelhas. Ela deve saber cozinhar, cuidar da casa, dançar, dirigir as cerimónias e rituais, e saber ler a sorte. Deve ser de preferência bonita, ter encantos e ser dotada de atractivos. Caso ela não reúna estes elementos terá pouco valor e talvez somente case se houver algum tipo de conveniência para o pai do noivo, como ter um pai influente, rico ou com poder de liderança.

As mulheres casadas também são muito pudicas, não dando liberdade para que qualquer homem as toque ou faça qualquer demonstração de afecto físico. Até mesmo com os seus maridos elas são bastante recatadas, em especial em público, pois os ciganos temem os falatórios maldosos, as más-línguas. Mas apesar destas atitudes cautelosas tanto as jovens como as mulheres casadas são muito faceiras, insinuantes e provocantes, em particular quando dançam. Elas usam a dança como instrumento de sedução, além da função da dança propriamente dita, ou seja, diversão, demonstração de alegria e parte obrigatória das festividades. Festa de ciganos sem música e dança não é festa, e eles são muito festeiros, não perdendo nenhuma oportunidade de tocar violões, acordeões, violinos, cantar e dançar entusiasmadamente agitando pandeiros e batendo palmas, que acreditam ser uma forma de espantar a negatividade, abrindo espaço para a positividade.

Nalgumas comunidades ciganas é a mulher que assume o comando da família. Quando viúvas, são respeitadas por todo o clã. Vestem-se de negro, não dançam, não bebem, não cortam o cabelo, tapam as argolas de ouro com panos pretos, deixam de comer carne, conforme o tempo estipulado nas reuniões familiares. A 3ª idade da mulher cigana é vivida com os filhos e netos, ela é responsável por transmitir às mais novas a cultura e a forma de vida da etnia, ensinando-lhes que a mulher cigana é como a terra fértil: maternal e resistente às tempestades da vida.

O **bairro das Murtas** era um problemático bairro de barracas considerado de alto risco, cuja maioria dos habitantes era de etnia cigana. As Murtas foram consideradas durante as décadas de 80 e 90, um dos principais centros de tráfico de droga e de criminalidade da cidade de

Lisboa. Em 2000 este bairro foi transformado num bairro de realojamento em habitação social dirigido a famílias desfavorecidas com a intenção de promover a sua integração.

Segundo informação a que tivemos acesso através da Gebalis, a população do bairro das Murtas é na sua maioria composta por indivíduos brancos e de etnia cigana. Dos 122 fogos existentes, 66 estão atribuídos a agregados de brancos, 32 a agregados de ciganos, 15 a agregados de negros, 4 a agregados de indianos e 5 fogos estão vagos. Destas 5 casas que estão 'vagas' 3 encontram-se ocupadas abusivamente por indivíduos de etnia cigana, prática recorrente neste bairro por esta etnia relativamente aos fogos que vagam. Os agregados de etnia cigana têm neste bairro grande visibilidade, parecendo em número idêntico ou superior à população branca, pois os núcleos familiares dessa etnia são, na generalidade, mais numerosos e os seus elementos são indiciados como sendo os responsáveis pelos problemas existentes no local (vandalismo e insegurança).

A atribuição de casas bem como a instituição de vastos apoios sociais a toda a comunidade cigana, nomeadamente o Rendimento Mínimo Garantido, têm-se mostrado insuficientes para a integração social, continuando a registar-se uma elevada percentagem de criminalidade nesta etnia, tendo em conta a sua dimensão no conjunto populacional.

A Paróquia do Campo Grande, com o apoio do Estado e da Câmara Municipal de Lisboa, em 2001, promoveu a inserção social dos habitantes deste problemático bairro de barracas. As condições de vida dos moradores melhorou consideravelmente, muito embora necessitando de uma intervenção constante dos diferentes parceiros da comunidade aliada à autarquia. A maior parte da população deste bairro encontra-se em idade activa ou é composta por crianças e jovens.

O nível de escolaridade é na maioria baixo, sendo significativamente mais baixo na população cigana em que grande parte dos adultos não tem sequer a instrução primária, estando alguns a frequentar o ensino recorrente no âmbito do plano de inserção do RMG/ RSI. Ao nível dos jovens desta etnia, as características culturais têm como consequência o abandono prematuro da escola, sobretudo ao nível do ensino preparatório. Esta situação terá talvez maior expressão nas raparigas que, pelos 13 ou 14 anos 'devem', de acordo com pressupostos culturais, deixar a escola e preparar-se para o 'casamento'.

A nível de emprego, no caso da população cigana, a maioria recebe RMG/ RSI e quase todos fazem venda. No caso da restante população em idade activa, a maior parte trabalha e desempenha, na generalidade, actividades profissionais inerentes a baixos níveis de qualificação (limpezas, construção civil, restauração, ...).

Os idosos de etnia cigana costumam ficar no bairro ou acompanham os seus familiares na venda. Quando se encontram no bairro concentram-se na rua, sobretudo no período da tarde, junto aos lotes. Mesmo os idosos isolados desta etnia (situação muito pontual) contam com a presença de membros da família no bairro. Em relação aos reformados/ idosos de etnia não cigana, não é usual vê-los na rua na zona do bairro pensando-se que, ou permanecem em

casa, ou quando saem fazem-no para fora do bairro. A população cigana nos seus tempos livres costuma deambular pelo bairro.

### **1.3.1 – Actividades desenvolvidas no Centro Social e Paroquial do Campo Grande**

O CSPCG é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que dispõe de um conjunto de serviços para dar resposta a diversas necessidades dos habitantes da paróquia. Articula-se em três sectores distintos, destinados às diferentes fases da vida da pessoa: a área da infância, a área de intervenção sócio/ pedagógica e a área sénior. A área da intervenção sócio/ pedagógica visa uma intervenção comunitária dirigida a crianças, jovens e suas famílias, nas componentes afectiva, educacional, cultural, ambiental e espiritual. Integra vários projectos de entre os quais o “Reino da Imaginação” (programa de actividades lúdico/ pedagógicas realizadas em apartamento cedido pela Gebalis localizado no Bairro das Murtas, que permite proporcionar às crianças de etnia cigana no período pós escolar o desenvolvimento de competências sociais e pessoais), e Saúde Sobre Rodas (utilização de estratégias de informação, sensibilização e educação, enquanto favorecedoras de comportamentos e atitudes mais saudáveis e de capacidades que promovam o aumento de qualidade de vida da população).

Através da parceria com o CSA na promoção de estilos de vida saudáveis, foi-nos solicitada a participação no projecto “Reino da Imaginação” com a programação, desenvolvimento, apresentação e avaliação de três sessões lúdico/ pedagógicas de Educação para a Saúde subordinadas aos temas: Higiene Pessoal, Pediculose e Saúde Oral, a crianças de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos. Esta actividade foi realizada em parceria com a colega mestranda em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica o que enriqueceu a interacção com as crianças em idade escolar nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. As sessões de Educação para a Saúde tiveram por base a realização de um trabalho que se encontra em (ANEXO II), em que sentimos necessidade de adquirir e aprofundar conhecimentos acerca das etapas de desenvolvimento da criança em idade escolar e das características específicas da criança enquanto elemento integrante da família de etnia cigana.

De acordo com a DGS no Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005: 7), os cuidados promotores da saúde e de prevenção da doença visam a valorização dos cuidados antecipatórios, “*nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental*”. Neste sentido, convocámos também para a participação nas sessões de Educação para a Saúde as mães das crianças uma vez que, na família de etnia cigana, é às mães que compete cuidar do aconchego do lar e o cuidado responsável das suas crianças.

Sendo o Homem um ser holístico, temos necessariamente de ter em conta os aspectos culturais do nosso alvo de cuidados de enfermagem, pois só assim a nossa assistência terá

uma verdadeira qualidade e atingirá a excelência. Para interagir com crianças e suas mães de etnia cigana, e tendo em consideração que para uma boa prática de cuidados de enfermagem temos de ter em conta que o outro tem o seu próprio património cultural, documentei-me acerca da cultura cigana através de pesquisa bibliográfica, pesquisa electrónica, entrevistas em instituições públicas e particulares como a Gebalis, Pastoral dos Ciganos (conforme ANEXO III), Associação para o desenvolvimento das Mulheres Ciganas, CSPCG, e residente no bairro das Murtas mediador da cultura cigana em representação de uma perspectiva moderna (conforme ANEXO IV). Estas actividades tiveram como objectivo conhecer as especificidades da cultura cigana. As entrevistas realizadas foram orientadas por um guião que incidiu nos seguintes aspectos: Habitação; Tradições; Profissão/ Ocupação/ Rendimentos; Concepção de Saúde/ Doença; Família (casamento, filhos, idosos); Religião; Escolarização; Lazer. As entrevistas destacadas em anexo revelaram-se mais completas e genuínas relativamente aos pontos mencionados no guião.

O contacto, o envolvimento e a proximidade com as crianças e suas mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, em contexto de prestação de cuidados de enfermagem no CSA e de apresentação das sessões de Educação para a Saúde no projecto “Reino da Imaginação”, permitiu-me perceber a existência de carências no âmbito da Informação/ Educação para a saúde presumivelmente relacionadas com as tradições e costumes da sua cultura, bem como perceber a disposição e motivação das mesmas para a potencial mudança de comportamentos no sentido da aquisição de hábitos de vida saudáveis reconhecendo a importância dos ensinamentos realizados e demonstrando progressos na aprendizagem.

A realização destas sessões, para além de favorecer o envolvimento com alguns dos costumes, crenças e tradições da cultura cigana facilitando a proximidade e interacção com esta comunidade, veio ao encontro dos meus objectivos para este curso no âmbito da Promoção de Estilos de Vida Saudáveis.

As sessões lúdico/ pedagógicas que realizámos no Reino da Imaginação, sobre Higiene Pessoal, Pediculose e Higiene Oral, foram planeadas e elaboradas utilizando metodologia científica. De acordo com as temáticas a desenvolver e a caracterização da população-alvo, foram definidos os objectivos a atingir, seguindo-se a elaboração do plano com o conteúdo do desenvolvimento das sessões lúdico/ pedagógicas, os apoios/ recursos conseguidos e utilizados, e por fim a apresentação e avaliação das mesmas. Foram utilizadas várias técnicas/ métodos de ensino nomeadamente o interactivo, de forma a fazer chegar a mensagem aos receptores, adequando-a assim à população alvo (crianças em idade escolar de etnia cigana e respectivas mães). A avaliação das sessões foi feita através de um guião elaborado com perguntas simples, claras e objectivas acerca da temática abordada em cada uma delas. Na sessão sobre Higiene Oral foi dada a oportunidade às crianças de porem em prática a técnica da escovagem dos dentes e fazer a avaliação da mesma através do teste revelador de placa bacteriana.

As acções formativas revelaram-se de enorme pertinência e com bastante sucesso, tendo por base os resultados obtidos no instrumento utilizado como guia de avaliação. O trabalho em grupo com a colega Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constituiu uma mais-valia para a elaboração das sessões e efectivação das mesmas tornando-se estimulante e benéfico para o desenvolvimento de competências na área da intervenção comunitária ao grupo de crianças em idade escolar.

A criança em idade escolar gosta de descobrir, de explorar e manipular o meio ambiente. Como estratégias de motivação e aprendizagem foram utilizados reforços positivos ao longo das sessões como o elogio, a participação activa, a partilha de experiências, e a distribuição de materiais que vão ao encontro das temáticas abordadas, conseguidos através de patrocínios para que pudessem à posteriori pôr os ensinamentos em prática privilegiando assim a formação/acção. Wong (1989: 327) refere que *“fontes intrínsecas de reforço, como notas escolares, recompensas materiais, privilégios especiais e reconhecimento incentivam e estimulam a criança. A aprovação dos pares constitui factor de grande motivação”*.

### **1.3.2 – Estudo realizado no bairro das Murtas**

Na cultura cigana as crianças abandonam a escola para se dedicarem ao casamento. Quando frequentam a escola a sua assiduidade é irregular devido à herança cultural familiar, onde até hoje impera a não adesão aos programas escolares, o analfabetismo dos pais e avós, existindo relutância em mandar os filhos à escola, com receio de que estes adquiram hábitos e costumes que levem à perda da herança cultural cigana. Para os ciganos é mais importante desenvolver habilidades específicas do que obter conhecimentos abstractos. *“ O relatório da Comissão Europeia contra o racismo e a intolerância refere que 60% dos menores de catorze anos não frequentam escolas e cujos modos de vida diferenciados dependem do seu grau de sedentarização ou da persistência do nomadismo”*. Vasconcelos (1999: 14)

Os ciganos habitualmente casam em tenra idade, o rapaz entre os 16 e os 20 anos e a rapariga entre os 13 e os 18 anos, como refere o mediador da cultura de etnia cigana residente no bairro das Murtas. O objectivo principal do casamento cigano é a procriação. A cigana deve ser virgem, condição considerada fundamental para o matrimónio. É mãe muito jovem e assume desde muito cedo a responsabilidade dos filhos. A grande missão da maternidade é de trazer ao povo cigano, pela procriação, a prosperidade e a perpetuação da raça por meio da geração de novas crianças ciganas. O rapaz é mais desejado para primeiro filho pois reside nele a continuação da família. A rapariga é desejada como segundo e é preparada para o casamento desde a menarca. Cabe às mulheres desde cedo cuidarem das tarefas do lar, tornando-o o mais aconchegante e confortável possível, seja o lar paterno, seja o seu próprio com o marido. As meninas ficam sempre perto da mãe auxiliando nos trabalhos de casa e ajudando a cuidar dos irmãos menores.

Para o Levantamento das Necessidades em saúde nas crianças de etnia cigana entre os 0 e os 11 anos residentes no bairro das Murtas realizámos um estudo dirigido às suas mães. Com vista a analisar os dados com variáveis mensuráveis, decidimos utilizar como instrumento de medida o questionário, que permite recolher informação de maneira rigorosa de forma mais rápida e económica. Após pesquisa bibliográfica não encontramos nenhum questionário já testado que abordasse este domínio, pelo que procedemos à sua construção com base na revisão bibliográfica efectuada conforme (ANEXO V). O seu conteúdo conta com 4 variáveis para identificação dos sujeitos, e 28 perguntas das quais 23 são fechadas e 5 abertas.

O questionário pretende numa primeira parte recolher os dados de identificação dos sujeitos; numa segunda parte pretende saber qual a concepção de saúde/ doença para a pessoa de etnia cigana residente no bairro das Murtas, seguidamente pretende saber qual a percepção das mães de etnia cigana quanto à vigilância de saúde das suas crianças; e por último pretende saber, no âmbito da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença das crianças, quais as temáticas em que estas mães sentem maior necessidade em Informação/ Educação para a Saúde. Obtendo a sua opinião, iremos ao encontro das necessidades reais existentes e por elas sentidas, o que permite desenvolver estratégias eficazes de intervenção adequadas no campo da Promoção da saúde e Prevenção da doença.

Estabelecemos assim como objectivos:

1. Conhecer a concepção de saúde/ doença para a pessoa de etnia cigana residente no bairro das Murtas;

**Justificação:**

Nas populações de etnia cigana, a saúde e a doença são conceitos associados a crenças e mitos como o mau-olhado, as pragas e a inveja. *“Têm uma tradição de medicina popular com base em vegetais, partes dum animal ou minerais, sempre acompanhados de palavras rituais, de feitiços”* Fernandes (2000: 74). Como encaram a saúde apenas como ausência de doença, não têm comportamentos preventivos e só procuram o médico quando se manifesta alguma ‘maleita’. Este facto é confirmado por Leininger citada por Bodner *“os ciganos vêem o cuidado de saúde por profissionais somente quando eles têm, uma doença súbita, uma emergência que eles não podem resolver”*, Leininger (1992).

Assim sendo, acreditam que a saúde não se promove nem a doença se previne pelo que é irrelevante procurar cuidados de saúde quando se está bem, recorrendo-se a estes em situação de doença com carácter de urgência e de *“desafio impositivo da sua vontade”* Silva (2000: 1) para que se diagnostique a gravidade e a resolução do problema, já que estabelecem relação directa entre doença e morte. REAP (2007).

2. Conhecer a percepção das mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, quanto à importância da vigilância de saúde dos seus filhos;

**Justificação:**

A literatura consultada refere que os cuidados de saúde estão a cargo da mulher visto ser ela o suporte da família e ser a detentora dos saberes e tratamentos relacionados com as doenças. De acordo com Chaves (2001: 27) *“A divisão sexual do trabalho, atribui à mulher um papel de grande importância. Assegura o desempenho das tarefas quotidianas e, (...) é ela que se dirige aos organismos públicos ou sociais, é a educadora dos filhos pequenos tal como das filhas até ao casamento”*. As consultas de saúde infantil e pediátrica e a vacinação são procuradas muitas vezes por imposição da escola, sendo esta, por sua vez, imposta pela sociedade. A atribuição do Rendimento Social de Inserção obriga *“os beneficiários que não tenham completado qualquer grau de ensino a inscrever-se nas escolas e a darem provas de assiduidade e bom aproveitamento, sob pena de perderem o direito à prestação”* Lopes (2008: 336). Na relutância destas mães para vacinar as suas crianças, pesa também o facto de que *“todas as técnicas invasivas do corpo (...) são (...) assustadoras, (...) contaminadoras do modo de vida impuro, doentio e médico-dependente dos não ciganos”* Silva (2000: 6). De facto, Silva (2000: 7) refere que os ciganos têm *“um alheamento resistente à pressão dos profissionais do serviço de saúde (...), o que significa que (...) não será uma atitude (...) passiva de complacência com a normatividade dominante mas uma atitude activa de evitamento (...) do contágio desse modo de vida (...) dos não-ciganos”*. É de referir que para os ciganos ‘comer bem é comer muito’, pelo que não se dá muita importância ao que se come. Por isso, são frequentes os erros alimentares e uma alimentação desequilibrada, Lopes et al (2009: 191), principalmente entre as crianças a quem não se impõem restrições (comem o que querem, como querem e quando querem), Silva (2000: 7); surgindo com frequência patologias como as do foro oral e a fraca imunidade que pode levar a doenças graves.

3. Fazer o levantamento das necessidades em Educação para a Saúde na comunidade de etnia cigana residente no bairro das Murtas, no que respeita a vigilância de saúde dos seus filhos;

**Justificação:**

Como referido anteriormente, a inscrição no Centro de Saúde dos elementos da comunidade cigana impõe-se como obrigatória, dando cumprimento a um dos requisitos para ter direito ao RSI, Lopes (2008: 346). Devido a factores como a falta de escolarização e a concepção de saúde como ‘ausência de doença’, *“a maioria dos autores faz referência às dificuldades no acesso à informação em geral e, especificamente sobre a vacinação das crianças, a prevenção e o tratamento de determinadas doenças”* REAEP (2007: 24). Quando vislumbram uma situação de doença entendida como ‘muito grave’ ou quando há sinais de febre alta especialmente nas crianças, as famílias ciganas optam por utilizar os Serviços de Urgência. REAP (2007).

No Centro de Saúde de Alvalade em relação à comunidade cigana residente no bairro das Murtas verifica-se a conformidade, quase na totalidade, da actualização do boletim de vacinas e do boletim de saúde infantil e pediátrica. Este facto para além do já referido anteriormente acerca do Rendimento Social de Inserção prende-se também em grande parte pelo esforço contínuo da equipa de enfermagem em parceria com a SCML e o CSPCG, em utilizar estratégias para o 'não abandono' das mesmas.

Da **análise e interpretação dos dados** que obtivemos através do questionário aplicado às mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, conforme (ANEXO VI), destacamos como principais resultados que a maternidade nestas mulheres se inicia desde cedo sendo a faixa etária entre os 15 e os 25 anos de maior incidência. A profissão ou ocupação da mulher são as lides domésticas como cuidar das tarefas do lar, cozinhar, limpar a casa, cuidar dos filhos. Aquando do preenchimento dos questionários tive oportunidade de observar estas mães a cuidar do lar, sendo que não era desejável a minha presença durante o horário da confecção das refeições e do cuidar das suas crianças. Quanto à escolaridade, a amostra revela que o nível de escolaridade predominante nestas mães é o segundo ano, seguindo-se o terceiro e o quarto anos com menor evidência. As crianças abandonam a escola desde cedo para se dedicarem ao casamento e constituição de família. As meninas deixam a infância aos 13/ 14 anos e os rapazes pelos 16/ 17. Nesta comunidade mantém-se vincada a tradição do casamento e da maternidade desde cedo, mas quanto ao número de filhos, hoje em dia já são consideradas algumas condicionantes. As pessoas passaram das barracas para os apartamentos há sensivelmente dez anos e como referiram os entrevistados *“Hoje em dia já não se pode ter muitos filhos, no máximo 3 ou 4. As casas são pequenas, as vendas já não são o que eram, e o rendimento mínimo mal chega para sustentar a família. Também os laços familiares já não são o que eram, antigamente viviam todos juntos os bisavôs, os avós, os pais, os filhos, os tios... Éramos famílias muito mais unidas”*“Sic”.

Relativamente à concepção de saúde, a grande maioria destas mães considera-se saudável ou que fica poucas vezes doente. Nas entrevistas realizadas foi referido que os ciganos só vão ao médico em caso de doença grave e sentem que não são bem acolhidos e compreendidos pelos profissionais de saúde. *“A gente temos que estar perto do doente, vêm familiares de todo o lado e o pessoal do hospital não compreende isso; nós temos que fazer o pranto. Temos que estar juntos”* “Sic”. Para além do facto dos ciganos atribuírem ao conceito de saúde a ausência de doença descurando a Educação para a Saúde, emerge neste relato uma outra questão que não sendo a cerne dos objectivos deste estudo, importa referenciar, como sendo a percepção que os ciganos têm da forma como os profissionais de saúde os acolhem nos seus estabelecimentos de saúde.

Podemos verificar que mesmo quando estes ciganos se consideram doentes, quase metade da amostra ainda trata as doenças sem recorrer aos serviços de saúde como sendo a utilização de produtos naturais como “ervas e plantas” e o recurso ao farmacêutico da zona. Dos que

recorrem aos serviços de saúde quase a totalidade da amostra tem confiança nos médicos e enfermeiros.

Já no que se refere à saúde dos filhos, os ciganos são muito mais cuidadosos. Se por um lado as escolas e as instituições de apoio em parceria mantêm uma acção contínua na conformidade dos boletins de saúde infantil e pediátrica e de vacinação das crianças, por outro lado o amor que os ciganos nutrem pelos seus filhos e tudo o que respeita ao bem-estar destas crianças como quando está em causa a sua saúde lhes merece especial atenção e cuidado. As mães que responderam não recorrer ao centro de saúde quando o seu filho está doente, acrescentaram que nesse caso recorrem logo ao hospital e cumprem rigorosamente as prescrições que lhe são feitas.

Todas as mães referem saber para que servem as vacinas, têm o boletim de vacinas dos seus filhos actualizado, consideram importante vacinar as suas crianças, e quase todas referem conhecer o Plano Nacional de Vacinação mas, quando se pergunta “Para que servem as vacinas?”, a resposta é unânime “Para prevenir as doenças”. E quando se pergunta “Sabe quais são as doenças que as vacinas previnem?” a resposta também é unânime “Não”. Um facto interessante é quando analisamos a questão 28 deste questionário, um dos pedidos mais solicitados pelas mães no sentido da aquisição de hábitos de vida saudáveis para as suas crianças é precisamente a necessidade que sentem em saber “Quais as Doenças que as Vacinas previnem”. O que incomoda muito estas mães é a dor que a picada da vacina ou do Teste do Pezinho provoca nas suas crianças e até nos adultos. *“Mesmo em adultos, os ciganos ainda têm um grande medo da picada e dos seus efeitos”* “Sic”, refere uma das respondentes ao questionário. Não existe uma adesão mas antes uma submissão à imposição de vacinar e fazer o Teste do Pezinho. Afinal saber quais são as doenças detectadas no Teste do Pezinho foi outra das necessidades sentidas por estas mães.

Quase todas as mães têm termómetro em casa, todas têm medicamentos de venda livre e nenhuma tem balança em casa. Como verificámos na última questão do questionário, estas mães ainda não estão sensibilizadas para a importância de uma alimentação equilibrada para a aquisição de hábitos de vida saudáveis. Não impõem restrições às crianças que acabam muitas vezes por cometer erros alimentares. Foi possível observar crianças em idade pré-escolar com dentes de leite muito cariados. Ainda assim não se observam crianças com excesso de peso nesta população. O CSA em parceria com a autarquia e as instituições de apoio social investem na formação e desenvolvimento de competências nestas famílias, promovendo a sua integração nos serviços de saúde bem como a sua eficiente utilização.

Das necessidades em Informação/ Educação para a Saúde sentidas por estas mães através da análise à questão 28 do questionário emergiram por ordem decrescente:

Doenças detectadas no Teste do Pezinho – 9 Unidades de enumeração

Doenças que as Vacinas previnem – 6 Unidades de enumeração

Alimentação saudável – 4 Unidades de enumeração

#### 1.4 – AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A fase de integração no CSA constituiu um momento de actualização e sedimentação de conhecimentos na área da saúde infantil e pediátrica e vacinação, justificado pelo facto de no meu percurso profissional não ter exercido funções nesse campo. Isto implicou um esforço no desenvolvimento crescente de competências nesta área, que se foram aperfeiçoando e autonomizando ao longo do estágio. Dentre elas a observação, a investigação no domínio da ciência e da técnica, a capacidade ajustada para comunicar com a criança/ jovem e com os pais/ encarregados de educação, pois o desenvolvimento da comunicação é crucial para o sucesso de qualquer programa de vigilância de saúde.

O processo de vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança inclui prestar atenção às preocupações dos seus pais, obter a história relevante do seu desenvolvimento, despistar alterações nomeadamente a nível visual, auditivo, fala, linguagem, autonomia e cognitivo, pois se houver défices ou alterações que não sejam atendidos em tempo oportuno, podem deixar sequelas graves ou incapacitar a criança definitivamente.

Nas consultas de saúde juvenil sedimentei competências essencialmente de comunicação com o jovem e pais/ encarregados de educação na Informação/ Educação para a Saúde sobre temas como a transformação pubertária, o desenvolvimento da sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e prevenção de consumos nocivos.

A parceria com o CSPCG permitiu-me desenvolver competências de negociação de forma a levar as sessões de Educação para a Saúde a “bom porto”. Na cultura cigana, o absentismo escolar ainda se encontra em grande parte relacionado com as tradições, crenças e vivências do povo. Por isso, aliado à frequência escolar, são necessárias formas complementares de promover a Educação para a Saúde.

Durante o preenchimento do questionário no domicílio dos sujeitos tive oportunidade de interagir com vários elementos da comunidade cigana e não cigana residentes no bairro das Murtas o que contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionais como relação de ajuda. Na interacção com crianças e suas mães de etnia cigana na apresentação das sessões lúdico/ pedagógicas, e tendo em consideração que para uma boa prática de cuidados de enfermagem temos de ter em conta que o outro tem o seu próprio património cultural, tive oportunidade de desenvolver progressivamente competências de investigação, relacionais, pedagógicas, técnicas de comunicação, atendendo ao respeito pelos valores, costumes e tradições da cultura cigana. Se tivermos em conta os conhecimentos e os valores do povo cigano em relação à saúde/ doença, permite-nos perceber o modo como os ciganos se percebem face a este binómio e assim favorecer o desenvolvimento de uma relação de ajuda/ confiança. Sendo o Homem um ser holístico, temos necessariamente de ter em conta os aspectos culturais do nosso alvo de cuidados de enfermagem, pois só assim a nossa assistência terá uma verdadeira qualidade e atingirá a excelência. Segundo Leininger (1998),

ao cuidarmos dos elementos de grupos culturais diferentes, devemos primeiramente identificar os seus valores culturais dominantes e só depois determinar qual a melhor forma de cuidar dessas mesmas pessoas.

As sessões lúdico/ pedagógicas sobre Higiene pessoal, Pediculose e Higiene Oral, foram planeadas e elaboradas utilizando metodologia científica. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004: 6), a enfermagem como ciência deve utilizar uma metodologia científica em que o enfermeiro “...*identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)*”, ao que se segue a prescrição de intervenções de enfermagem, a execução correcta e adequada destas e a sua avaliação, reformulando sempre que necessário.

Deve-se procurar a todo o custo a “*descentralização dos cuidados de saúde primários através de unidades móveis*” REAEP (2007: 41), como forma de “*aproximar, intervir e levar a informação*” REAEP (2007: 41) aos locais onde a população se encontra. Neste sentido fizemos chegar os cuidados de saúde primários à população no âmbito da Educação para a Saúde através da deslocação ao apartamento localizado no bairro das Murtas que foi cedido pela Gebalis ao CSPCG para o desenvolvimento de acções desta natureza.

No dia da criança, em conjunto com as minhas colegas de estágio realizámos um evento que contou com a partilha dos diferentes saberes de cada um dos elementos do grupo o que resultou numa sinergia. Elaborámos e expusemos um poster alusivo aos benefícios/ malefícios do sol (ANEXO VII) e disponibilizámos folhetos e desenhos para colorir que nos foram oferecidos pela Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo. Foi fundamental uma interacção com o grupo de trabalho de forma assertiva. A criação de um ambiente acolhedor no CSA com material didáctico realizado por nós e actividades lúdico/ pedagógicas alusivas aos benefícios/ malefícios do sol para as crianças contribuiu para aumentar o entusiasmo dos pais para ali recorrer, e para apaziguar o stress e a dor das crianças que frequentaram o CSA. Promovi o desenvolvimento de competências parentais no processo de vigilância de saúde e educação dos filhos como uma forma inequívoca de potenciar e maximizar o desenvolvimento da criança. Estabeleci parcerias entre pais ou encarregados de educação e profissionais de saúde melhorando o nível de informação sobre temáticas relacionadas com a saúde das crianças, contribuindo assim para o seu bom desenvolvimento e aprendizagem. Estas oportunidades parecem-me extremamente úteis e importantes para os pais ou encarregados de educação, permitindo-lhes sentirem-se mais informados e mais competentes em matérias que lhes interessam particularmente, não ficando determinados tipos de informação na posse exclusiva dos profissionais de saúde.

Trabalhar com a criança/ família envolve cultura, valores, tradições e costumes a ter em conta, e por isso tive sempre presente o respeito pelos direitos humanos fundamentais e mais especificamente o respeito pelos direitos da criança o que, segundo literatura consultada e entrevistas realizadas, estão bem patentes na cultura de etnia cigana.

## 2 – A INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE CIGANA DO BAIRRO DAS MURTAS

As intervenções na área da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença na comunidade cigana são dirigidas às mães pois é nelas que recai a educação das crianças e os cuidados à família, bem como as lides domésticas e a perpetuação dos costumes, normas e valores (Fernandes: 2000). Cabe às mulheres desde cedo cuidarem das tarefas do lar, tornando-o o mais aconchegante e confortável possível. É a mulher quem desempenha um dos papéis mais importantes na estrutura da família, o de mãe.

É através das crianças e suas mães, indissociáveis no processo educativo da criança e com saber e atitude permeáveis, que se conseguirá levar à promoção e aquisição de comportamentos ditos saudáveis. O enfermeiro especialista tem neste âmbito um papel determinante: promover o trabalho “*em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/ jovem aos cuidados de saúde*” OE (2009: 21). Se conseguir conquistar a confiança e sensibilizar as crianças e as mães, elementos responsáveis pelos cuidados, o profissional tornar-se-á um elemento de referência na comunidade.

Pelo facto de a minha actividade profissional se desenvolver em meio hospitalar cuja população alvo é o jovem, o adulto e o idoso, aprofundei conhecimentos acerca das etapas do desenvolvimento da criança dos 0 aos 6 anos. Foram caracterizadas as crianças dos 0 aos 6 anos através da assistente social da SCML e as crianças dos 6 aos 11 anos através da psicóloga do CSPCG (ANEXO VIII). Verificámos, em seguida, no CSA através do SINUS, a conformidade, quase na totalidade, da actualização dos boletins de vacinas e dos boletins de saúde infantil e pediátrica das crianças de etnia cigana residentes no bairro das Murtas (ANEXO IX). Este facto, para além de se dever ao cumprimento de um dos requisitos para garantir o Rendimento Social de Inserção, prende-se também em grande parte com o esforço contínuo da equipa de enfermagem do centro de saúde de Alvalade em utilizar estratégias para o ‘não abandono’ do calendário de vacinação e das consultas de saúde infantil e pediátrica. Essas estratégias, das quais tive oportunidade de participar, passam pela criação de um ambiente acolhedor, ensinamentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, motivação das crianças e das mães para frequentarem o centro de saúde, pela prestação de cuidados culturalmente congruentes, e pelas intervenções realizadas com os parceiros sociais no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Para satisfação das necessidades em saúde sentidas por estas mães, seleccionámos os três temas mais solicitados no questionário e foram realizadas duas sessões de Educação para a Saúde como sendo: Doenças que se podem detectar no Teste do Pezinho e Hábitos de uma Alimentação Saudável na criança dos 0 aos 11 anos. Quanto às Doenças que as vacinas previnem, elaborámos um folheto alusivo ao tema que distribuímos no final da primeira sessão e avaliámos no início da segunda sessão.

Na satisfação destas mães quanto à necessidade de Informação/ Educação acerca dos temas por elas solicitados pretendemos:

1. Adequar as intervenções de enfermagem às especificidades da cultura de etnia cigana

**Justificação:**

O ser humano inserido numa cultura tem determinados costumes, hábitos de vida, crenças e valores, como tem determinadas maneiras de ser e de fazer que são adequadas à sua cultura mas que lhe são próprias. A cultura influencia a forma como os indivíduos percebem a saúde e a doença, os seus comportamentos de promoção de saúde, a utilização dos serviços de saúde, a procura do tipo de tratamentos e as suas expectativas face ao tratamento.

Na nossa profissão, enfermeiro e utente têm diferentes orientações culturais. Tal como o utente tem uma cultura, também o enfermeiro é portador da sua própria cultura e vivenciou um conjunto de experiências culturais que dão significado à sua maneira de estar na vida. Assim, é essencial que tenhamos conhecimento dos valores, crenças e práticas culturais dos utentes, para uma intervenção holística. Contudo, não podemos estereotipar todas as pessoas pertencentes a essa cultura pois cada uma é um ser ímpar, e é fundamental perceber que cada pessoa é um produto único da sua própria cultura e das experiências e vivências pessoais de saúde desta.

Podemos e devemos aprender directamente com os utentes sobre as suas culturas, bem como sobre o modo como querem e desejam ser atendidos. Para que isso seja possível, é primeiro necessário aceitá-los como pessoas sendo fundamental que estejamos disponíveis e estabeleçamos uma relação de ajuda, de modo a facilitar a exposição e discussão de questões que se considerem pertinentes para a melhoria dos cuidados. Deste modo, é possível sabermos como é que as pessoas conhecem o cuidar e como é que elas o praticam, tornando o cuidar adequado às necessidades da cultura e às realidades de diferentes modos de vida.

Os profissionais de enfermagem desenvolvem competências no sentido de *“simplificar e fornecer a informação de forma compreensível, evitando linguagem técnica (...) e serem tolerantes e flexíveis com as normas e os horários já que para as comunidades ciganas é especialmente difícil cumprir este requisito”*; o acolhimento deve ser feito de forma a *“tentar cativá-los do ponto de vista afectivo (mostrar sempre disponibilidade para escutar o que dizem, pensam e sentem)”* REAEP (2007: 39).

2. Sensibilizar as mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas para a importância da mudança de comportamentos na aquisição de hábitos de vida saudáveis.

**Justificação:**

É através das crianças e das suas mães, indissociáveis no processo educativo da criança e com saber e atitude permeáveis, que se conseguirá levar à promoção e aquisição de

comportamentos ditos saudáveis. Os comportamentos de vida saudáveis incluem não só a prevenção da doença mas a promoção da saúde como a boa nutrição, o controle de peso, exercício físico regular, actividades recreativas, e evitar substâncias nocivas ao organismo.

Os hábitos de vida saudáveis devem ser desenvolvidos o mais cedo possível na vida do indivíduo, sendo mantidos durante a vida adulta e também na idade madura. A não adopção de hábitos de vida saudáveis induz o aparecimento de factores de risco que provocam mortes prematuras devido a: doenças cardiovasculares, diabetes, osteoartrose, cancro, entre outras.

A promoção da Educação para a Saúde é um processo em permanente desenvolvimento que contribui para a aquisição de competências das crianças e suas mães permitindo-lhes construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da Educação para a Saúde tem também como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.

## 2.1 – DIAGNÓSTICO PRECOCE

Para a satisfação da necessidade “Quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho”, sentida pelas mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas com crianças dos 0 aos 11 anos, aprofundi conhecimentos acerca da temática no domínio da Promoção da Saúde e Prevenção da doença através da realização de um trabalho que consta no (ANEXO X). O mesmo trabalho serviu de base e suporte à preparação e apresentação da sessão de Educação para a Saúde.

Hoje em dia o Teste do Pezinho permite detectar precocemente mais de 25 patologias que irão interferir na qualidade de vida do indivíduo. Este teste é indicado para todos os recém-nascidos. O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce é um Programa Nacional de Saúde Pública cuja componente laboratorial está centralizada num único laboratório nacional: a Unidade de Rastreio Neonatal que está sediada no Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães no Porto.

As intervenções na área da Promoção da Saúde têm que ter em conta os factores comportamentais determinantes da saúde da comunidade como crenças, atitudes, valores, incentivos, obstáculos face aos quais podemos exercer a nossa influência. O conceito de saúde para a maioria da população de etnia cigana assenta principalmente na “ausência de doença” e esta última é vista de uma perspectiva maioritariamente sobrenatural ou como destino. Acreditam que a saúde não se promove nem a doença se previne pelo que é irrelevante procurar cuidados de saúde quando se está bem, recorrendo-se a estes em situação de doença com carácter de urgência para que se diagnostique a gravidade e a resolução do problema. Acresce o facto de que na concepção dos ciganos “*todas as técnicas invasivas do corpo (...) são (...) assustadoras, (...) contaminadoras do modo de vida impuro, doentio e medicodependente dos não ciganos*” (Silva: 2000).

Daqui a importância de fazer chegar a esta comunidade a informação dos avanços da medicina na descoberta do crescente leque de patologias que se podem detectar e conseqüentemente as complicações que se podem evitar com a realização do Teste do Pezinho. Deste modo podemos também influenciar a qualidade de vida do indivíduo portador dessas patologias alterando o percurso da doença. Assim, espera-se a mudança de comportamentos nos indivíduos desta comunidade no sentido de procurarem voluntariamente os serviços de saúde para vigilância da saúde das suas crianças, tendo consciência dos benefícios decorrentes dessa mesma mudança. De acordo com Chick e Meleis (1986), esta acção informativa/educativa levada a cabo por nós corresponde à fase de transição na mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis.

Na sessão de Educação para a Saúde sobre Doenças detectadas no Teste do Pezinho, de uma população alvo de 30 mães estiveram presentes 14, o que superou as nossas expectativas. Sendo que a Saúde para as Pessoas de etnia cigana é sentida apenas como ausência de doença, e não detêm comportamentos preventivos, procurado o médico só quando se manifesta alguma 'maleita', consideramos a proporção 46,7% de mães presentes nesta sessão de Educação para a Saúde bastante significativa.

Isto poderá dever-se ao facto de que os cuidados de saúde, conforme literatura consultada e entrevistas realizadas, estão a cargo da mulher, sendo "*ela que se dirige aos organismos públicos ou sociais, é a educadora dos filhos pequenos tal como das filhas até ao casamento*" Chaves (2001: 27). Por outro lado pesa também o facto de que uma das características da comunidade de etnia cigana é o amor que nutrem pelos seus filhos tornando-se a Promoção da Saúde nestas crianças um assunto que lhes merece especial atenção e cuidado.

Relativamente aos objectivos propostos, poder-se-á dizer que os conteúdos expostos foram apreendidos, visto que a quase totalidade das mães responderam correctamente às questões colocadas no final da sessão. A questão cuja resposta suscitou alguma controvérsia foi 'Quantas doenças se podem detectar no Teste do Pezinho'. Pensamos que as mães se concentraram nos exemplos das doenças mais comuns que foram expostas no diapositivo passando para segundo plano o número total de doenças que hoje em dia se podem detectar no Teste do Pezinho. Foi reforçado o ensino neste campo. Verificámos também que 12 mães identificaram pelo menos uma doença que pode ser detectada no Teste do Pezinho.

Ao longo da exposição da sessão as mães mostraram-se bastante interessadas e sensibilizadas, cooperando com exemplos, exposição de dúvidas, e partilha de experiências. No final não demonstraram dúvidas nos conteúdos abordados.

Como estratégias de motivação e aprendizagem foram utilizados reforços positivos ao longo da sessão como o elogio, a participação activa, e a distribuição no final da sessão de kits de primeiros socorros compostos por: 1 balão de betadine 5cc, 2 balões de soro fisiológico 10cc, 2 pacotes de compressas esterilizadas 5/ 5cm, e 4 pensos rápidos com motivos infantis.

## 2.2 – VACINAÇÃO

Devido à limitação de tempo, para dar resposta à segunda necessidade “Doenças que as Vacinas Previnem”, elaborámos um folheto sobre o tema, que foi distribuído no final da primeira sessão. A informação que compõe o folheto é suportada por um trabalho de pesquisa conforme (ANEXO XI). O vocabulário utilizado na sua construção foi simples, com informação acessível e compreensível evitando linguagem técnica (ANEXO XII). Esta foi uma competência que fui aperfeiçoando progressivamente ao longo dos módulos de estágio, uma vez que em contexto de internamento hospitalar no dia-a-dia com os pares utilizo fluentemente linguagem técnica, bem como, os ensinamentos que realizo na prática diária de enfermagem são personalizados e adaptados às necessidades de cada indivíduo sendo que não me encontrava familiarizada com a realização de sessões dirigidas a grupos na comunidade mas sim dirigidas a grupos de profissionais de saúde. Para avaliação do folheto, no início da sessão de educação sobre Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos perguntámos às mães presentes se a informação nele contida correspondeu às necessidades ao que responderam “Sim”.

Dados bibliográficos apontam para alguma resistência à vacinação detectável entre os ciganos portugueses. É a simbologia do contágio do modo de vida dos “não ciganos” que faz a aparição do medo das vacinas, sendo que estas têm consequências imediatas (mal estar, dor, inchaço, febre); este quadro é encarado como sinal de doença. “*Mesmo em adultos, os ciganos ainda têm um grande medo da picada e dos seus efeitos*” “Sic”, refere uma das respondentes ao questionário. Não existe uma adesão à vacinação mas antes uma submissão à imposição de vacinar. Estas atitudes e comportamentos face à vacinação serão porventura dificilmente compreendidos por quem faz parte da sociedade majoritária e se sente bem integrado. Devemos ter em conta o analfabetismo da população cigana e o seu escasso contacto com as instituições da sociedade dominante que justificam que ela seja uma população ‘incrivelmente desinformada’ em tudo o que se refere aos riscos, prevenção da doença e promoção da saúde.

Ainda assim, os pais de etnia cigana estão hoje mais sensibilizados para a vacinação dos seus filhos. Porém, através da observação empírica, foi possível verificar que subsiste uma ainda ignorância generalizada em relação às regras que regem a eficácia da vacinação. A conformidade dos boletins de Vacinação e Saúde Infantil e Pediátrica carece do esforço contínuo da equipa de saúde do CSA e dos parceiros da comunidade em utilizar estratégias para manter a actualização dos mesmos.

## 2.3 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA CRIANÇA DOS 0 AOS 11 ANOS

Para dar resposta a esta necessidade, sedimentei os meus conhecimentos através da realização de um trabalho acerca da temática conforme (ANEXO XIII), de forma a conferir consistência à preparação e apresentação da sessão de Educação para a Saúde.

São os nossos hábitos de vida que determinam o facto de conseguirmos um organismo são, forte e resistente; pelo contrário, os maus hábitos de vida agridem o corpo e enfraquecem-no, destruindo a sua resistência. Para que se tenha uma saúde minimamente equilibrada é necessário ter em atenção factores importantes como a boa alimentação, as horas de sono diário adequadas, a higiene pessoal adequada, o consumo moderado de bebidas alcoólicas, não ter hábitos tabágicos nem de consumo de drogas, entre outros.

Quanto à alimentação, este é o factor mais importante para nos mantermos saudáveis e equilibrados. É através dos alimentos que conseguimos todas as vitaminas e nutrientes necessários (minerais, vitaminas, proteínas, açúcar, gordura) para ter uma boa qualidade de vida e manter uma boa saúde.

A alimentação interfere no funcionamento dos sistemas nervoso, glandular, ósseo, muscular, urinário, digestivo, respiratório, cardiocirculatório, assim como no comportamento, humor, memória, inteligência, na disposição física e sexual. Tem também um papel fundamental no sistema de defesa do nosso organismo: sem uma boa alimentação o organismo diminui as suas defesas ficando enfraquecido e por consequência mais susceptível a todos os tipos de doenças.

Devemos também ter em atenção que não é a quantidade de alimentos que nos faz mais fortes, mas sim a qualidade e ingestão das refeições em horários regulares e com as calorias fraccionadas pelas várias refeições ao longo do dia.

A alimentação na criança é um ponto determinante para o seu bom crescimento e desenvolvimento, na formação dos ossos, na dentição permanente, entre outros.

Para os ciganos “comer bem é comer muito”, pelo que não se dá muita importância ao que se come. O povo cigano é um povo muito farto, apesar da maior parte das pessoas visualizarem os ciganos de hoje como pobres. Dão muita importância às festas onde não falta comida, bebida e alegria principalmente. A mesa cigana é bem farta e pode ser partilhada por convidados. Também eu tive a oportunidade de constatar esse facto aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados, em que me foi disponibilizado um lugar à mesa e feito convite “*sente-se e coma o que lhe apetecer*”<sup>”Sic”</sup>.

Em relação às crianças não se impõem restrições (*comem o que querem, como querem e quando querem*) (Silva: 2000); não existe, nalguns casos, consciência da importância de que a alimentação tem de ser equilibrada para o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças verificando-se alguns erros alimentares (REAP: 2007); assim sendo, ter balança em casa não constitui ainda uma realidade para estas mães, não é considerado importante.

Na sessão de Educação para a Saúde sobre Alimentação Saudável na criança dos 0 aos 11 anos estiveram presentes 11 mães no início da sessão e 8 no final. No decorrer da sessão algumas mães tiveram que se ausentar por necessidade imperiosa das suas crianças uma vez que todas, excepto uma, eram portadoras de bebés ao colo.

No que diz respeito aos objectivos propostos, consideramos que os conteúdos expostos foram globalmente apreendidos, visto que a totalidade das mães responderam correctamente às questões colocadas no final da sessão. Poderemos então dizer que esta sessão foi proveitosa.

Ao longo da exposição da sessão as mães mostraram-se bastante interessadas e sensibilizadas, colocando dúvidas, cooperando com alguns exemplos e partilha de experiências. No final não demonstraram dúvidas em relação aos conteúdos abordados. De referir um facto interessante é que, sendo a maioria destas mães ainda bastante jovens, esta sessão de educação ao pretender inculcar hábitos de alimentação saudável nos filhos através das mães, acabou por se dirigir também às mães pois estas em idade infantil têm também forte tendência a cometer erros alimentares.

Como estratégias de motivação e aprendizagem foram utilizados reforços positivos ao longo da sessão como o elogio e a participação activa.

Na parede da Loja Social deixámos afixado um poster com a Roda dos Alimentos actualizada, conforme (ANEXO XIV).

No final da sessão como forma de exemplificar e reforçar o ensino que foi feito, oferecemos um lanche composto por alimentos que constituem uma Alimentação Saudável e Equilibrada.

## 2.4 – AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Com a realização das sessões de Educação para a Saúde promovi a motivação e capacitação das mães de etnia cigana para o cuidado responsável da saúde dos seus filhos “empowerment” e para o uso adequado dos serviços de saúde, fortalecendo a consciência colectiva sobre a importância da Educação para a Saúde. Uma estratégia utilizada aquando da construção do questionário foi a formulação duma pergunta onde elas pudessem exprimir as necessidades que sentem no campo da Educação para a Saúde dos seus filhos.

A articulação com o CSPCG e com a SCML facilitou a aproximação e interacção com esta comunidade, e proporcionou a utilização de meios e materiais adequados à realização das sessões de Educação para a Saúde.

A SCML tem como missão assegurar na cidade de Lisboa a valorização das pessoas, o seu bem-estar, e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida com o objectivo de prevenir e reparar situações de desigualdade, carência económica, vulnerabilidade social e de exclusão social, pela promoção do desenvolvimento pessoal, a inclusão e a coesão sociais. Os lucros dos jogos sociais como o Totoloto, a Lotaria instantânea, o Joker e o Euromilhões, revertem a favor da SCML. Foi através da assistente social da SCML Dra. Filomena Moreira que foram caracterizadas as crianças de etnia cigana dos 0 aos 6 anos e suas mães residentes no bairro das Murtas, bem como estabelecido contacto e realizada entrevista a morador do bairro das Murtas, mediador da cultura cigana em representação duma perspectiva moderna. De referir a

maneira afável com que a Dra. Filomena me recebeu, acompanhou e apoiou durante a entrevista no domicílio a mediador da cultura cigana e sua esposa, demonstrando empenho e motivação na parceria com o CSA para assistência a estas crianças e suas famílias. Do mesmo modo me senti contagiada para interagir com aquela instituição na defesa e promoção da saúde destas crianças.

Foi também realizada uma pequena entrevista a senhora residente no bairro das Murtas em representação duma perspectiva tradicional da cultura cigana (ANEXO XV); ela vestia de negro, saia comprida até aos pés e cabeça tapada com lenço negro. Usa cabelo cortado rente ao couro cabeludo. Esta entrevista ficou muito aquém das minhas expectativas. Embora a referida senhora tenha aceitado colaborar na entrevista, os dados fornecidos não espelham a presumível conduta cigana relacionada com o seu traje. Em todos os pontos do guião da entrevista que contempla alguns aspectos como habitação, casamento, número de filhos, vestuário, educação/ escola, religião, profissão/ ocupação do homem/ mulher, concepção de saúde/ doença, esta senhora repete-se: *“Agora já não é como intigamente, é tudo igual a vós, nalgumas coisas ainda são pior que vós”* “Sic”. Transpareceu nesta entrevista talvez o receio de perder o direito ao RSI, ocultando alguns usos e costumes ainda patentes na cultura cigana deste bairro.

As intervenções de enfermagem no campo da Educação para a Saúde na comunidade de etnia cigana revelaram-se de extrema importância, visando integrar no conceito de “Saúde” não só a “ausência de doença”, mas alargando-o para o campo da Promoção, em que a “Pessoa” é um Ser holístico na busca constante de bem-estar e melhor qualidade de vida, logo, com necessidade de se sentir saudável a todos os níveis. Uma das características da comunidade de etnia cigana é o amor que nutrem pelos seus filhos sendo a Promoção da Saúde nestas crianças um assunto que lhes merece especial atenção e cuidado. Torna-se assim imperioso a educação das crianças através de sessões de ensino às suas mães no sentido de promover Hábitos de Vida Saudáveis, contribuindo assim para a melhoria do seu estado de saúde. É muito importante ensinar estas mães a inculcar desde cedo nas suas crianças hábitos de vida saudáveis pois estas últimas precisam de aprender que estes hábitos são muito importantes para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Por outro lado a promoção de competências parentais surge de uma necessidade identificada na comunidade, como forma de promover a parentalidade e obter ganhos em saúde, traduzidos na aquisição de competências parentais que permitam às mães o cuidar abrangente dos seus filhos, perspectivando o seu desenvolvimento e as suas necessidades de saúde como um todo. A estratégia sistematizada de formação aos pais consistiu no ensino, na instrução e no treino de capacidades, de onde se esperam obter ganhos em saúde a longo prazo. Segundo Neves (2001: 153) *“Os pais e famílias são participantes activos no planeamento e execução dos programas para as suas crianças e na definição de objectivos que estejam de acordo com o seu estilo de vida, preferências e valores culturais. Só assim os pais descobrem as suas próprias competências e capacidades para lidar com o seu filho”*.

As sessões de educação para a saúde decorreram nos dias 5 e 12 de Novembro de 2010 respectivamente na Loja Social no bairro das Murtas que foi cedida pela Gebalis ao CSPCG. Foi dado conhecimento às mães através de contacto directo e convocatória em formato de papel deixado por baixo da porta dos seus domicílios 2 dias antes de cada sessão. O horário em que decorreram foi proposto pelas próprias mães no sentido de não interferir com os seus afazeres e nas lides domésticas.

Na apresentação das sessões foram utilizadas várias técnicas/ métodos de ensino nomeadamente o interactivo, de forma a fazer chegar a mensagem às receptoras, adequando-a assim à população alvo de mães. O vocabulário utilizado foi simples, com informação acessível e compreensível, evitando linguagem técnica. A avaliação das sessões foi feita através de um guião elaborado com perguntas simples, claras e objectivas, acerca da temática abordada em cada uma delas, tendo em conta que a prevalência da escolarização destas mães é, tal como constatado no instrumento de colheita de dados, o segundo e o terceiro anos de escolaridade.

A dinamização da parceria com o Centro Social e Paroquial do Campo Grande foi crucial na viabilização e sustentação do projecto tendo sido reconhecida desde o início do estágio a necessidade e pertinência da nossa intervenção com a comunidade de etnia cigana residente no bairro das Murtas, contribuindo assim com a disponibilidade da Loja Social, com a divulgação das sessões de Educação para a Saúde, e estimulando o interesse e a participação das mães nas mesmas.

Todo o trabalho desenvolvido ao longo deste módulo em especial a realização das sessões de Educação para a Saúde foi para mim extremamente gratificante pela oportunidade que me deu no desenvolvimento de competências científicas, pedagógicas, de gestão e de relação com a comunidade de etnia cigana. Por ter desenvolvido temáticas com as quais não me encontro familiarizada no exercício das minhas funções em contexto hospitalar, considero que foi uma experiência extremamente enriquecedora que me proporcionou aprendizagem e crescimento tanto a nível pessoal como profissional. Para o sucesso das sessões pesou também o facto de o horário da apresentação das mesmas ser escolhido pelas mães, de modo a não interferir muito com as lides domésticas e com os cuidados aos seus filhos sendo que quase todas se fizeram acompanhar de crianças ao colo.

Desenvolvi competências na dinamização de parcerias; na angariação de patrocínios, na promoção do respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e práticas relacionadas com a cultura de etnia cigana; promoção de competências parentais; utilizei os recursos existentes no CSA para dar resposta às necessidades da população; informei e eduquei para a saúde de acordo com as etapas de desenvolvimento e crescimento das crianças adequando a linguagem de forma a *“simplificar e fornecer a informação de forma compreensível, evitando linguagem técnica”* (REAP: 2007); sensibilizando as mães e crianças de um ponto de vista afectivo sendo que nos reconhecem como um elemento de referência na sua comunidade; favorecendo uma relação empática, de ajuda e de confiança. Para que isso fosse possível, foi primeiro

necessário aceitá-los como são, sendo fundamental estar disponível e estabelecer uma relação de ajuda de modo a facilitar a exposição e discussão de questões que considerem pertinentes para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

### **3 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO – QUE RESULTADOS**

A questão da educação e manutenção da saúde das crianças na comunidade cigana está culturalmente a cargo das mães. O conceito de saúde e doença tem grande influência na forma como esta comunidade utiliza os serviços de saúde ao seu dispor. Assim, para eles a doença é atribuída a um fenómeno sobrenatural, a algo que surgiu para tornar negro o quadro familiar e a saúde é um estado natural que não carece de cuidados específicos (se estão saudáveis, não precisam de promover estilos de vida saudáveis nem de cuidados de saúde). Por isso, a intervenção de enfermagem centrou-se na educação às crianças e mães no sentido de lhes mostrar os benefícios de comportamentos ditos saudáveis. Tal passa por uma intervenção dentro da própria comunidade, sendo esta tarefa facilitada se forem os profissionais de saúde ao seu encontro, como demonstrado ao longo das acções de Educação para a Saúde realizadas.

Nesta fase não é possível obter o impacto deste projecto de intervenção pois em saúde comunitária muitas das intervenções de enfermagem produzem efeito a longo prazo. Deste modo, ao basearmo-nos nos indicadores de processo com os resultados a curto prazo obtivemos utentes mais informados o que leva a um maior envolvimento e adesão voluntária aos programas de saúde, maior proximidade entre o CSA e a comunidade, melhor relação com os parceiros da comunidade e adequação das intervenções na área da Educação para a Saúde por parte dos seus actores, uso profícuo dos recursos existentes no CSA e comunidade. No CSA ficou o registo de um projecto de intervenção que pode ter continuidade e obter a avaliação dos resultados a longo prazo, ou ser base para o desenvolvimento de outros projectos desta natureza.

Assim, este projecto de intervenção revelou ganhos em saúde:

- Para a comunidade de mães e suas crianças de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, que beneficiaram de mais e melhor informação nas áreas onde sentiam maior necessidade em termos de Educação para a Saúde;
- Para o centro de saúde de Alvalade que conta com maior adesão voluntária destes utentes a participar em programas de saúde, diminuindo assim os gastos em saúde;
- Para os parceiros da comunidade que integram a nossa intervenção na dinamização e enriquecimento dos seus projectos;
- Para o meu enriquecimento pessoal e profissional favorecendo a excelência na qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem.

## **PARTE II**

### **1 – O HOSPITAL DE CURRY CABRAL E A COMUNIDADE**

O HCC, onde exerço a minha actividade profissional, faz jus à sua história continuando a ser um hospital de referência na área da Infecção. No entanto, pelo facto de ser um Hospital Central de elevada diferenciação técnica, comporta ainda várias especialidades como é o caso da Ortopedia. Presta cuidados de saúde diferenciados nas fases de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos utentes.

Encontra-se em fase de grande remodelação funcional nomeadamente pelo facto da alienação pelo Ministério das Finanças de uma parcela de terreno integrada na cerca hospitalar que deveria ter sido desimpedida até 31 de Dezembro de 2010. A partir do dia 1 de Abril de 2010, através do Decreto-Lei n.º 21/ 2010, foi transformado em Entidade Pública Empresarial (EPE), dispondo do capital estatutário e dos estatutos jurídicos que lhe permitiram aproveitar todo o potencial de flexibilidade e de inovação na gestão proporcionados pelo estatuto de entidade pública empresarial. Como é referido nesta lei, a transformação do Hospital de Curry Cabral em entidade pública empresarial irá facilitar a prossecução da missão de proporcionar a melhor e mais ampla satisfação das necessidades dos utentes, combinando-a com a utilização mais racional dos recursos públicos postos à sua disposição.

A escolha deste hospital para o desenvolvimento do campo de estágio deve-se ao facto de ser o hospital onde exerço a minha actividade profissional facilitando o percurso entre o local de estágio e o serviço onde actualmente exerço funções. Através da prestação directa de cuidados gerais de enfermagem nos três pavilhões da Consulta Externa do HCC (Edifício central, pavilhão da consulta de Endocrinologia e pavilhão da consulta de Ortopedia) e reunião informal com a senhora enfermeira chefe Isabel Chambel, a minha intervenção na Consulta Externa de Ortopedia revelou-se prioritária.

#### **1.1 – CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA**

O espaço físico da Consulta Externa de Ortopedia comporta seis gabinetes médicos, uma sala de gessos, duas salas de enfermagem, uma sala de espera com quarenta lugares sentados, e balcão da recepção com três administrativas no atendimento ao público. Funciona no período das 8.00 horas às 18.00 horas diariamente excepto fins-de-semana e feriados. A admissão a

esta consulta é limitada, por regra, aos utentes abrangidos pela área de influência do Hospital, definida no distrito de Lisboa pela Unidade de Saúde B3, que integra os Centros de Saúde de Olivais, Sacavém e Sete Rios (carta de referenciação hospitalar).

A política de prestação de cuidados de enfermagem na Consulta Externa de Ortopedia tem por base o quadro de referências de enfermagem do HCC. As intervenções são consideradas como uma inter-relação dinâmica enfermeiro/ utente/ família que têm no cuidar o elemento determinante da competência dos enfermeiros e na relação de ajuda a base da sua interação. As intervenções de enfermagem são consideradas na sua maioria, interdependentes, como sendo a realização do penso cirúrgico, a colocação e remoção de talas gessadas, e a realização de imobilizações ortopédicas.

## **2 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**

Para o estabelecimento do diagnóstico da situação traçámos como objectivo:

1. Caracterizar as cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no Hospital de Curry Cabral a utentes em lista de espera dentro do tempo máximo de resposta garantido (sem carácter de urgência) no ano de 2010;

### **Justificação:**

O progresso da Medicina permitiu modificar nos últimos anos, e sobretudo neste século, a qualidade de vida, mas também a longevidade da espécie humana. Assim, a esperança de vida actual é maior duas vezes da que existia no início do século. Como resultado desta modificação, existem cada vez mais indivíduos idosos na maioria dos países da civilização ocidental e, conseqüentemente, cada vez mais doenças próprias desse envelhecimento populacional. Entre elas temos as doenças reumáticas que embora não condicionem a morte, são responsáveis por grande sofrimento, incapacidade e consumo de recursos financeiros a nível individual e social.

A Osteoartrose é a mais comum das doenças reumáticas. A frequência desta patologia tende a aumentar nos países industrializados e o resultado deste fenómeno repercute-se no aumento de casos com necessidade de intervenção cirúrgica para substituição das articulações danificadas. A patologia mais frequente que conduz a uma substituição protésica artificial é a Artrose que constitui uma degenerescência articular de etiologia não inflamatória (SERRA, 2001).

Os inegáveis investimentos no sector da saúde a par dos avanços científicos e tecnológicos do Sistema Nacional de Saúde não dominam as dificuldades em atender, em tempo considerado útil, as necessidades de intervenção cirúrgica com carácter não urgente. Apesar do empenho na recuperação das listas de espera cirúrgicas, ainda existem especialidades como a cirurgia

ortopédica no HCC, onde a capacidade instalada nos serviços não é capaz de dar a resposta desejável aos utentes portadores de osteoartrose.

A grande afluência de utentes à consulta externa de ortopedia do HCC resulta na existência de lista de espera, sendo que esta muito raramente ultrapassa o tempo de resposta garantido (TRG) fixado pelo Hospital em seis meses e três semanas. São muito pouco frequentes os casos em que é ultrapassado o TRG sendo estes utentes encaminhados para outra Instituição ao abrigo da Portaria nº 1529/ 2008 de 26 de Dezembro que fixa o tempo máximo de resposta garantido (TMRG) em nove meses. O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) regula toda esta actividade cirúrgica programada e abarca todas as etapas do processo de gestão do utente, desde a sua inscrição na lista cirúrgica até à conclusão do processo, após realização da cirurgia. Está centrado nos princípios da equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, e da responsabilização, quer dos utentes quer do HCC como instituição de saúde.

O fenómeno da lista de espera deve-se ao aumento da longevidade da espécie humana sendo a esperança de vida actual maior duas vezes da que existia no início do século. O tempo que medeia entre a proposta cirúrgica e a convocatória para efectivação da mesma (TRG) é longo e não favorece o estabelecimento de um programa de ensino personalizado aos utentes com cirurgia programada. Este tempo em lista de espera em que o utente não tem contacto com a instituição esmorece o vínculo entre ambos. Também na fase da convocatória, na grande maioria dos casos, os utentes são internados no dia anterior à cirurgia permanecendo em sala de espera até que a unidade onde vão ser instalados seja libertada e desinfectada. Dominados pelo stress, ansiedade, e medo do desconhecido característicos no utente cirúrgico, os ensinamentos que são realizados nesta fase acabam por se revelar muito pouco eficazes.

Mesmo que para os profissionais de saúde algumas intervenções cirúrgicas sejam consideradas como pouco complexas, a cirurgia é sempre um processo marcante para o utente e família. De acordo com Long (1999: 456), "*a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (...) como fisiológico (...)*". Assim a cirurgia é uma ameaça potencial ou mesmo real para a integridade corporal do indivíduo, enquadrando-se perfeitamente no grupo dos factores desencadeantes de stress do mundo real. De acordo com Neto e Neto (1995: 63), como factores geradores de stress pré-operatório mais comuns, temos o modo como o doente é admitido, a mudança de estatuto, o conceito de anestesia/ intervenção cirúrgica e a rotura com o quotidiano.

Na nossa Instituição de saúde as cirurgias ortopédicas programadas devido a osteoartrose mais frequentes no ano de 2010 e que têm também mais utentes em lista de espera são: Substituição total do joelho, Substituição total da anca, e Excisão de cartilagem semilunar do joelho, respectivamente, conforme documento cedido pelo Planeamento e Controlo de Gestão (PCG) do HCC (ANEXO XVI).

### 3 – PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO

As 180 horas referentes ao período de estágio não nos permitem a efectivação de Sessões de Educação para a Saúde aos três grupos das cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes com utentes em lista de espera dentro do TRG. Neste sentido procedemos ao estabelecimento de prioridades de intervenção em Educação para a Saúde através da construção de um instrumento de medida a aplicar a grupo de utentes das três cirurgias ortopédicas mais frequentes no período pós-operatório e que recorreram à Consulta Externa de Ortopedia na segunda semana de estágio (29 de Novembro de 2010 a 3 de Dezembro de 2010).

Recorremos a um tipo de estudo descritivo, exploratório, transversal, que pretende assim definir, de entre as três cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes, a que corresponde àquela cujo grupo de utentes apresenta maior necessidade em termos de Educação para a saúde no período que antecede a cirurgia.

Com vista a analisar os dados com variáveis mensuráveis, foi utilizado o questionário que permite recolher informação de maneira rigorosa de forma mais rápida e económica.

Após pesquisa bibliográfica não encontramos nenhum questionário já testado que abordasse este domínio, pelo que procedemos à sua construção com base na revisão bibliográfica efectuada (ANEXO XVII). O seu formato e conteúdo foram submetidos à discussão e crítica da Sra. enfermeira orientadora deste campo de estágio. Após a realização do pré teste, o questionário foi aplicado a uma amostra de 14 utentes que recorreram à consulta de ortopedia na segunda semana de estágio.

Na parte II do questionário, para a análise quantitativa do estudo foi utilizada uma escala tipo Likert.

Antes da aplicação definitiva do questionário, realizámos um pré-teste de forma a garantir que o instrumento de colheita de dados respondesse ao que pretendíamos estudar, permitindo desta forma a sua validação.

O pré-teste foi aplicado a 3 sujeitos (referentes a cada uma das cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no ano de 2010) da população alvo e que não fazem parte da amostra. Verificámos que, de uma forma geral, as questões estavam redigidas de forma clara e objectiva. No entanto, antes do seu preenchimento, houve necessidade de reforçar o esclarecimento no que diz respeito aos objectivos do estudo, não se cingindo este somente à cirurgia em si, mas a toda a temática que envolve o tipo de cirurgia a que foram submetidos, desde a fisiopatologia da doença, passando pelo acto cirúrgico, até à adaptação à vida quotidiana no pós-operatório tardio. O tempo médio necessário gasto por cada sujeito para realização do pré-teste foi de 3 minutos.

Aquando da aplicação do questionário, tivemos como objectivo, criar um clima de confiança para que os sujeitos se sentissem à vontade para responder às questões. Assim, o nosso papel não se limitou somente a fornecer e recolher o questionário, mas também a criar uma relação interpessoal de forma a influenciar o grau de motivação dos respondentes (Fortin, 1999).

O local de aplicação do instrumento de colheita de dados foi a consulta externa de enfermagem de ortopedia aquando da realização do penso cirúrgico.

Dos **principais resultados** (ANEXO XVIII) obtivemos que a osteoartrose ocorre normalmente a partir dos 45 anos aumentando de modo significativo com a idade. No HCC a faixa etária de maior incidência é dos 75 aos 85 anos seguindo-se a faixa etária dos 55 aos 75 anos. É duas vezes mais comum nas mulheres que nos homens apesar das taxas de incidência serem as mesmas tanto em mulheres como em homens. É mais típica nas ancas e joelhos.

Como grupo prioritário com maior necessidade de Informação e Educação para a Saúde no período que antecede a cirurgia, obtivemos os utentes com proposta para ATA. Este facto foi notório em cada uma das três questões que compõem o questionário. Isto poderá dever-se, em relação às outras duas cirurgias, à maior complexidade na adaptação ao pós-operatório durante a realização das actividades de vida diária destes utentes. Enquanto nas cirurgias do joelho as actividades de vida diária no período pós-operatório ficam comprometidas devido à dor que é muito intensa no período pós-operatório imediato (devido à região envolvente ser muito enervada e vascularizada) que pode ser controlada com analgésico e a tendência é o alívio ao longo do tempo, a ATA requer técnica e adaptação para realização das mesmas sob pena de luxação da prótese.

#### **4 – INTERVENÇÃO A GRUPO DE UTENTES COM PROPOSTA PARA ATA**

Foi feito o levantamento e caracterização dos utentes com maior antiguidade em lista de espera para Artroplastia Total da Anca (data de inscrição entre 26 de Maio de 2010 e 11 de Outubro de 2010) com a Sra. Administrativa do serviço de ortopedia através do Sistema de Apoio Médico (SAM) (ANEXO XIX), e o planeamento de Sessão de Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a ATA, com calendarização para o dia 21 de Janeiro de 2011. Feito levantamento bibliográfico acerca da temática que envolve a ATA conforme (ANEXO XX).

Elaborámos o plano inicial da sessão onde consta toda a temática que envolve a ATA desde a fisiopatologia da coxartrose, passando pelo acto cirúrgico, até à adaptação à vida quotidiana com a nova condição de Prótese Total da Anca.

Para otimizar a eficácia desta sessão, convocámos para a sua realização um elemento de referência de cada etapa do processo de ATA conforme “Plano de Sessão de Educação para a

Saúde acerca da temática que envolve a ATA”. Cada elemento elaborou e devolveu a parte do plano da sessão personalizado que lhe coube, onde constam o conteúdo a desenvolver, o método/ técnica de ensino de que se apropria para exposição do mesmo, os meios auxiliares de ensino de que necessita e de que dispõe, o tempo de apresentação que necessita, e uma pergunta que considere pertinente para avaliação da sessão. Daqui emergiu o plano final da sessão (ANEXO XXI). Seguidamente cada elemento procedeu à preparação da apresentação da sessão em powerpoint e foi feita uma compilação dos diapositivos o que resultou na apresentação da sessão final (ANEXO XXII).

A convocatória dos utentes para participar na Sessão de Educação para a Saúde foi feita via telefónica com cerca de uma semana de antecedência, e através de carta registada enviada por CTT, de forma a credibilizar a mesma (ANEXO XXIII).

Dos catorze utentes convocados compareceram na totalidade acompanhados por familiar/ pessoa significativa (ANEXO XXIV). De referir que compareceram também duas senhoras em lista de espera noutra instituição de saúde e que tomaram conhecimento da existência do nosso evento através de uma amiga em lista de espera na nossa instituição de saúde. Uma dessas senhoras referiu que *“Vim porque no meu hospital não fazem eventos destes”* “Sic”. Também compareceram três utentes que entretanto tinham sido operados no período que medeia a tiragem da lista de espera e a convocatória para a sessão, por considerarem que a sessão lhes era ainda assim útil. Outro caso que merece interesse referir, uma senhora com cirurgia marcada para o dia anterior à realização da Sessão de Educação para a Saúde sugeriu que a data da sessão fosse alterada de modo a que ela pudesse também participar.

Ao longo da sessão os participantes foram bastante interactivos e houve referência de dois dos sujeitos a que *“A sessão não se limitou a ser interessante mas também oportuna, pedagógica, formativa, foi uma conversa interactiva independentemente do fornecimento dos folhetos”* “Sic”.

A avaliação da sessão foi feita através de um guião elaborado com perguntas simples, claras e objectivas, acerca da temática abordada. Dos resultados constatou-se que os conteúdos expostos foram apreendidos, visto que das 10 questões colocadas apenas uma se revelou incompleta em que 50% dos presentes tiveram dificuldade em responder correctamente. Foi esclarecida a questão e reforçado o ensino nesse ponto. Nas duas primeiras questões em que foi questionado se gostaram de participar na sessão e se consideraram importante a realização da mesma, as respostas foram positivas em 100% dos participantes (ANEXO XXV).

Os utentes que haviam sido operados no período que medeia a tiragem da lista de espera e a convocatória para a sessão, e que compareceram, tiveram oportunidade de partilhar a sua experiência do pré e pós-operatório de ATA, e o estado de evolução bem como o processo de adaptação à PTA após alta hospitalar, o que contribuiu para dissipar algumas dúvidas, medos e receios manifestados por alguns utentes que ainda aguardam a convocatória para cirurgia.

A Sessão de Educação para a Saúde terminou com a visita ao pavilhão central da Consulta Externa onde se realiza a consulta de anestesia e exames complementares de diagnóstico

como o electrocardiograma, ao laboratório central, à Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) onde se realiza a consulta de pré-anestesia, e ao serviço de internamento Ortopedia A.

Para a viabilização e credibilização do projecto foram tomadas todas as diligências éticas e mobilizados todos os recursos necessários e disponíveis no HCC ao serviço da comunidade (ANEXO XXVI).

#### 4.1 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Para o desenvolvimento de competências ao longo deste módulo de estágio pesou em muito o facto de, ao longo do meu percurso profissional, ter exercido funções na prestação directa de cuidados de enfermagem num serviço de Ortopedia, o que facilitou o meu desempenho no domínio da temática, na mobilização e aquisição de recursos, e na motivação dos pares para o envolvimento no projecto a desenvolver. Como recursos e estratégias de sedimentação da aprendizagem, estabeleci a pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos acerca da temática, a discussão e partilha de experiências com os pares, orientadora e tutoras do projecto.

Integrei-me com facilidade na equipa de saúde da consulta externa de ortopedia do HCC compreendendo a dinâmica do serviço e a articulação do mesmo com os outros serviços e comunidade. Consultei protocolos e legislação existente no Serviço e tomei consciência, através do plano de acção 2010/ 2011da Consulta Externa, da sua dinâmica, do movimento assistencial, bem como da área de abrangência, tipo de assistência, entre outros. Ou seja, compreendi o funcionamento geral do Serviço e a sua articulação com os diferentes serviços, bem como o contacto com os procedimentos, protocolos e especificidades dos cuidados de enfermagem.

Particpei nas actividades de enfermagem como sendo a realização do penso cirúrgico, vigilância da evolução cicatricial da ferida operatória com o despiste de complicações, a colocação e remoção de talas gessadas com a vigilância da integridade cutânea e tratamento adequado em caso de solução de continuidade da pele, a realização de imobilizações ortopédicas e vigilância da sua eficácia, esclarecimento de dúvidas aos utentes/ familiar/ pessoa de referência, e ensinios pós alta na adaptação à realização das actividades de vida diária no domicílio.

Para a elaboração do plano da Sessão de Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a ATA e de acordo com as temáticas a desenvolver e a caracterização da população alvo, foram definidos os objectivos a atingir, seguindo-se a adequação do plano da sessão final personalizado com o conteúdo que cada elemento desenvolveu, os apoios/ recursos conseguidos e utilizados, e por fim a exposição e avaliação da mesma.

Na implementação do projecto e dinamização do plano da sessão de Educação para a Saúde adquiri e desenvolvi competências na promoção da Informação e Educação para a Saúde na comunidade, promoção do meu desenvolvimento pessoal e profissional e do grupo de trabalho, na liderança e motivação do grupo de trabalho, apreciação, gestão e adequação dos conteúdos a abordar, sensibilização e motivação dos utentes a participar na sessão. Na preparação da apresentação da sessão pelos restantes elementos do grupo houve necessidade de uma intervenção no sentido de estabelecer um fio condutor entre as diversas temáticas a desenvolver de forma a evitar a repetição de conteúdos. Alguns elementos necessitaram de apoio e orientação tanto na abordagem dos conteúdos a desenvolver como na confecção dos diapositivos para exposição da sessão. Para tal, integrei e mobilizei conhecimentos teóricos e práticos, estando sempre atenta a situações novas de aprendizagem de maior complexidade, utilizando como estratégia a assertividade, um pensamento crítico e uma análise reflexiva, efectuada com a minha orientadora de estágio Sra. enfermeira Isabel Chambel.

Na apresentação da sessão foram utilizadas várias técnicas/ métodos de ensino nomeadamente o interactivo, de forma a fazer chegar a mensagem aos receptores. O método interactivo foi eficaz na exposição de dúvidas, na partilha de experiências, e na dissipação do stress, ansiedade, e medo do desconhecido, característicos no utente cirúrgico, estabelecendo-se aqui uma verdadeira relação de ajuda. Houve o cuidado em transmitir informação acessível e compreensível evitando linguagem técnica.

Para a avaliação da sessão e na ausência de dados acerca do grau de literacia do público-alvo, foram feitas perguntas simples, claras e objectivas, oralmente e com o apoio de um guião, contando o número de respostas correctas.

A articulação com os pares como sendo o Bloco Operatório e o serviço de Ortopedia A traduziu-se na promoção e gosto pelo trabalho em cooperação, em que cada elemento dispôs das suas capacidades e competências com vista a um objectivo comum. A utilização dos recursos a que cada um teve acesso para demonstração dos ensinamentos realizados ao longo da sessão, como por exemplo os componentes da prótese total da anca, os dispositivos DIB e drenos redivac, e os auxiliares da marcha, potenciaram a eficácia da sessão.

No final da sessão oferecemos um folheto alusivo à temática que envolve a ATA (ANEXO XXVII), que elaborei em conjunto com as duas estudantes do curso de licenciatura em enfermagem a estagiar na consulta externa do HCC. A elaboração deste folheto contou com a pesquisa bibliográfica e a partilha dos diferentes saberes de cada uma de nós o que resultou numa sinergia.

Nesta fase final do estágio e deste módulo em particular, sinto que cresci e amadureci profissionalmente como Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. Todo o trabalho desenvolvido ao longo deste módulo em especial a realização da Sessão de Educação para a Saúde foi para mim extremamente gratificante pela oportunidade que me deu no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências nas áreas científica, técnica,

pedagógica, de comunicação e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Comunitária.

A realização de todas as actividades obrigaram a um enorme empenho e envolvimento no projecto o que foi muito gratificante, pois permitiu-me actuar como perito em enfermagem comunitária, contribuindo para as boas práticas na área da Educação para a Saúde a grupo de utentes em lista de espera para ATA. Considero de igual modo ter tido um desempenho positivo, com ganhos efectivos na minha auto-formação e na aquisição e consolidação de competências na área da assistência avançada em enfermagem comunitária.

## **5 – AVALIAÇÃO DO PROJECTO – QUE RESULTADOS**

A avaliação deste projecto de intervenção revela desde logo o forte interesse e motivação dos utentes na aquisição de informação acerca da temática que envolve a ATA. A total adesão dos utentes a esta sessão de Educação para a Saúde justifica por si só a necessidade da realização das mesmas por períodos de 6 em 6 meses. Foi evidente a sua satisfação ao sentirem o empenho da instituição na prestação de cuidados de qualidade com a adopção de medidas que promovem a adesão ao tratamento e reabilitação.

Espera-se obter potenciais ganhos em saúde a longo prazo através da melhor adaptação do utente no período pós-operatório às actividades da vida quotidiana, melhorando assim a sua qualidade de vida em relação àquela que auferia na fase anterior à cirurgia. Pretende-se que o processo de ATA seja menos traumático e moroso com o envolvimento e participação do utente no processo de reabilitação. A limitação do tempo de estágio e o facto de o estágio não ter sido realizado em contexto de trabalho, limitou a construção de indicadores de resultado no período pós-operatório. Assim sendo ficou na consulta externa de ortopedia o registo deste projecto de intervenção que fornece a sustentação para lhe dar continuidade tanto na realização de sessões periódicas aos utentes em lista de espera para ATA como, seguindo a ordem de prioridades de intervenção obtida no instrumento de colheita de dados, alargar o projecto à temática que envolve a artroplastia total do joelho.

Assim, este projecto de intervenção revelou ganhos em saúde:

- Para os utentes em lista de espera para ATA, que beneficiaram de mais e melhor informação diminuindo assim a ansiedade inerente ao período pré operatório, e melhor adaptação ao período pós-operatório com a nova condição de prótese total da anca;
- Para o HCC que conta com a potencial diminuição do tempo médio de internamento por ATA e consequente redução do número de utentes em lista de espera, diminuindo assim os gastos em saúde;
- Para o enriquecimento pessoal e profissional do grupo de trabalho favorecendo a excelência na qualidade de prestação dos cuidados de enfermagem.

## CONCLUSÃO

A acção de Educação para a Saúde é um processo que tem como objectivo capacitar indivíduos ou grupos para ajudarem na melhoria das condições de saúde das populações. Os profissionais de saúde e a população devem compreender que a saúde na comunidade depende das intenções levadas a cabo pelos serviços de saúde mas também resultam em larga escala pelo esforço da própria população através da sua motivação, da aquisição de conhecimentos, da sua compreensão, reflexão e sobretudo da adopção de práticas de saúde (Kawamoto et al: 1995). A declaração de Alma-Ata, resultante da conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde subscreveu alguns aspectos importantes entre os quais: “Os povos têm o direito e o dever de participar, individual e colectivamente, do planeamento e execução dos cuidados de saúde” Geraldes (1992: 92). Esta declaração considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a Informação e a Educação para a Saúde.

Os esforços na Educação para a Saúde devem ser encarados numa perspectiva de cidadania, em que todos os cidadãos têm um papel a desempenhar, mas é consensual que os enfermeiros devem assumir um papel de relevo. Como profissionais de saúde as nossas intervenções integram processos educativos que promovem o cuidado responsável do utente e comunidade. Cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar. Esta dimensão é bem evidente nalgumas concepções de enfermagem como é o caso de Leininger que define a enfermagem como: “*Uma arte e ciência aprendida e humanística que se centra em condutas de cuidados personalizados (individuais ou de grupo), funções e processos dirigidos para a promoção e manutenção de condutas de saúde ou a recuperação de doenças que têm significação física, psico-cultural e social, para aqueles que estão assistidos*” (Leininger, 1984: 4,5).

Tendo em conta as condições de vida das famílias e das populações, cabe-nos a responsabilidade social de contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença através da sensibilização no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. A acção de Educação para a Saúde é principalmente a interacção com métodos pedagógicos activos, onde o enfermeiro serve de mediador entre a saúde e as pessoas, pois é feita com base nas experiências individuais dos intervenientes, de onde se identificam as necessidades da população. Como enfermeiros devemos responsabilizar-nos por avaliar os métodos e recursos utilizados na acção de Educação para a Saúde, procedendo à sua alteração, caso não resultem.

É primordial saber compreender as necessidades de saúde da população e para tal não basta Informar, ou seja, comunicar alguma coisa de que julgamos haver necessidade. É essencial educar, transmitir conhecimentos adequados e pertinentes para a saúde do utente/ família/ comunidade, sendo para tal necessário dar as informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou acções de Educação para a Saúde em grupo. Contudo, é também importante fornecer a informação sistematizada integrando-a no devido contexto, ou seja, instruir de modo dar oportunidade ao utente/ família/ comunidade de otimizar a sua saúde a fim obter os melhores resultados em termos de saúde. Neste contexto assume primordial importância o facto de tornar os ensinamentos compreensíveis e claros, através da orientação do utente/ família/ comunidade para as melhores decisões relacionadas com a sua saúde, e também aconselhar e capacitar os indivíduos a tomar as suas próprias decisões. Para tal devemos colaborar, isto é, trabalhar em conjunto com o utente/ família/ comunidade, pois só assim se consegue estimular ou incitar os indivíduos a adoptar comportamentos ditos saudáveis.

O período de integração ao estágio no piso I do centro de saúde de Alvalade proporcionou-me a participação no projecto “Reino da imaginação”. Através da prestação directa de cuidados de enfermagem no CSA e da realização das sessões de Educação para a Saúde sobre Higiene pessoal, Pediculose e Higiene oral dirigidas às crianças em idade escolar e suas mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, tive oportunidade de perceber a existência de carências no âmbito da Informação/ Educação para a Saúde destas mães e suas crianças presumivelmente relacionadas com as tradições e costumes da sua cultura, bem como perceber a disposição e motivação das mesmas para a potencial mudança de comportamentos no sentido da aquisição de hábitos de vida saudáveis reconhecendo a importância dos ensinamentos realizados e demonstrando progressos na aprendizagem.

Na fase do estabelecimento do Diagnóstico em Saúde realizado na comunidade de mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas com crianças dos 0 aos 11 anos emergiram como necessidades prioritárias sentidas por estas mães no âmbito da Educação para a Saúde das suas crianças: Diagnóstico precoce, Vacinação e Hábitos de uma alimentação saudável. A realização das sessões de Educação para a Saúde no domínio da Promoção da saúde e Prevenção da doença acerca destas temáticas revelou ganhos em saúde para a comunidade de mães e suas crianças de etnia cigana residentes no bairro das Murtas, para o centro de saúde de Alvalade, para os parceiros da comunidade, para o meu enriquecimento pessoal e profissional e para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem.

No HCC, a lista de espera para as cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes (Substituição total do joelho, Substituição total da anca, e excisão de cartilagem semilunar do joelho) é uma realidade o que não favorece o estabelecimento de um programa de ensino personalizado a estes utentes. O estudo realizado ao grupo de utentes das três cirurgias ortopédicas mais frequentes no período pós-operatório revelou como grupo prioritário, com maior necessidade de Informação e Educação para a Saúde no período que antecede a cirurgia, os utentes com proposta para ATA. Isto poderá dever-se, em relação às outras duas

cirurgias, à maior complexidade na adaptação ao pós-operatório durante a realização das actividades de vida diária destes utentes.

A realização da sessão de Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a ATA contou com a participação de um elemento de referência de cada etapa do processo de ATA. A total adesão dos utentes e seus acompanhantes a esta sessão de Educação para a Saúde justifica por si só a necessidade da realização das mesmas por períodos de 6 em 6 meses. Ao longo da apresentação da sessão, o interesse, a interacção e a motivação dos participantes foi uma constante. Esta actividade revelou ganhos em saúde para os utentes em lista de espera para ATA, para o HCC, para o enriquecimento pessoal e profissional do grupo de trabalho e para o desenvolvimento da Enfermagem como profissão.

O percurso ao longo dos campos de estágio permitiu-me desenvolver e sedimentar competências essencialmente de Planeamento em Saúde e Gestão de Cuidados de enfermagem para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária, contribuindo assim para valorizar e potenciar a qualidade dos cuidados na assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidade. Foi privilegiada a Educação para a Saúde aos três níveis de prevenção como um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem o indivíduo e comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que lhes permitam um melhor nível de vida. Os objectivos gerais e os específicos delineados para cada campo de estágio foram atingidos.

Considero que esta caminhada representou um grande desafio, principalmente por se tratar de áreas diferentes do meu contexto de trabalho o que exigiu inicialmente grande capacidade de aprendizagem para posteriormente elevar progressivamente as competências adquiridas a um nível avançado da prática de enfermagem. Isso verificou-se em cada campo de estágio em si, como também em relação aos três campos de estágio como um todo; o Módulo III reflectiu o culminar deste processo com maior destreza no desenvolvimento de competências aliado ao gosto pelo trabalho a desenvolver e a potencialização dos resultados obtidos.

As competências desenvolveram-se a partir dos conhecimentos técnicos e científicos adquiridos e sua aplicação adequada e congruente às situações concretas vivenciadas em cada campo de estágio. Benner (2001) identifica cinco níveis de competência na prática clínica da enfermagem. Defende que independentemente dos conhecimentos obtidos através da pesquisa e da formação, as competências desenvolvem-se ao longo do desempenho profissional no contexto do trabalho. Esses níveis são: Iniciado, Iniciado avançado, Competente, Proficiente e Perito. Existe uma evolução gradual e temporal. Tal como nos refere Dias (2004:64) *“leva-nos a acreditar que este desenvolvimento das competências, mais ou menos rápido, se deve à capacidade de reflexão e interiorização, ligado às características individuais do indivíduo e aos contextos do trabalho”*. Assim procurei utilizar um pensamento crítico e uma análise reflexiva da prática como estratégia de aprendizagem e fica sem dúvida a convicção de que o meu olhar hoje é diferente do olhar que tinha antes de iniciar o estágio, pois a reflexão constante do desempenho e da actuação permitiriam o desenvolvimento de

competências visando o desenvolvimento da profissão, evidenciando o impacto positivo das intervenções de enfermagem na qualidade de vida das pessoas e comunidade.

Como refere Lalanda (1995: 28), “*reflectir sobre o que fazemos e como fazemos...*” permite olhar a prática dos Cuidados de Enfermagem como uma interacção social e reflectir sobre essa interacção. De facto toda esta trajectória contribuiu para o meu processo de crescimento profissional e pessoal, constituindo um momento de aprendizagem de excelência, dotado de significado e de sentido. Mas também foi incitador de alguma angústia e desânimo, pois houve momentos em que este trabalho parecia não ter fim, acrescido do facto de algum desgaste físico e intelectual. Contudo, com persistência e coragem tudo ia ficando mais claro, tendo sido esta experiência muito gratificante com ganhos efectivos na minha formação, quer como pessoa quer como profissional de enfermagem.

Ao longo do estágio todos os momentos de aprendizagem constituíram os alicerces para o meu perfil como Especialista em Enfermagem Comunitária, tendo desde já uma importância vital na minha prática do exercício profissional, pois que a promoção da saúde aliada ao conceito de prevenção da doença está inerente à prática de enfermagem qualquer que seja o contexto de trabalho. Ao finalizar esta caminhada vislumbra-se um futuro incerto quanto à tomada de posse e afirmação como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. Tenho plena consciência de que esse caminho se encontra ladeado de incertezas contudo subsiste a esperança e **“O Caminho faz-se à Medida que Caminhamos”**.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de – **Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 9789728485962.
- BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**; Lisboa: Edições 70, 1994. ISBN 9724408981.
- BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 9789895580521.
- BODNER, Annette; LEININGER, Madeleine – **Transcultural Nursing Care Values, Beliefs and Practices of American (USA) Gypsies**. Journal Transcultural Nursing, Vol. 4, nº 1. p. 17-28, 1992.
- CHAVES, Maria Helena Torres - **Que sorte, Ciganos na nossa escola!**. Lisboa: Secretariado Entreculturas (Ministério da Educação), Coleção Interface. 2001, ISBN 9728339291.
- CHICK, N.; MELEIS, A.I. - **Transitions: a nursing concern**. In: Chinn, P. L. Nursing research methodology. Rockeville: Aspen, 1986.
- COLLIÈRE, Marie Françoise – **Promover a Vida**, 2ª tiragem. Lisboa: Editora Lidel, 1999. ISBN 9727571093.
- DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho?**, 1ª edição. Camarate: Lusociência, 2004. ISBN 9789728383756.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Saúde Infantil e Juvenil - Programa tipo de Actuação, Orientação Técnica n.º 12**, 2ª Edição. Lisboa: DGS, 2005. ISBN 9726750849.
- FERNANDES, João José Santos – **O Doente de Etnia Cigana**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 9729814945.
- FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**; Loures: Editora Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999. ISBN 972838310X.
- GERALDES, Paulo César – **A saúde colectiva de todos os nós**. Rio de Janeiro: Revinter, 1992. ISBN 8585228512.
- GURUGE, S.; DONNER, G. – **Transcultural nursing and its relevance in the Canadian health care system**. The Canadian Nurse - 92(8), 1996.

GREEN, L.W.; KREUTER, M. W. – **Health Promotion Planing – An educational and environmental approach** (2ª edition). United States of America: Mayfield Publishing Company, 1991.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do Planeamento da Saúde**, 3ª edição. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

KAWAMOTO, Emília; et al. – **Enfermagem Comunitária: Visita Domiciliária**. São Paulo: EPU, 1995.

KÉROUAC, Suzanne; et al. – **La Pensée Infirmière: Concepts et Strategies**. Québec: Maloine, 1994.

LALANDA, Piedade – **A interação Enfermeiro/ Doente. Uma Abordagem Bioantropológica**. Lisboa: Revista Nursing nº88, Maio de 1995.

LEININGER, Madeleine – **Care: the essence of nursing and health**. New York: Charles B. Slack, 1984.

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial**. Lisboa: Revista de Enfermagem 10 (2.ª série), 1998. ISSN 0871 00775.

LIÉGEOIS, Jean-Pierre – **Ciganos e Itinerantes: Dados socioculturais e dados sociopolíticos** – Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1989. ISBN 9287107904.

LONG, B. – **Enfermagem Pré-Operatória**. In PHIPPS, W. et al – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática clínica**, 4ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1999. ISBN 9729661006.

LOPES, Daniel Seabra – **Deriva cigana: um estudo etnográfico sobre os ciganos de Lisboa**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2008. ISBN 9789726712169.

LOPES, José Carlos dos Reis, et al. – **Multiculturalidade: Perspectivas de Enfermagem - Contributos para melhor cuidar**. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 2009. ISBN 9789728930455.

MATOS, Elisabete Jesus et al – **Doença, morte e luto na etnia cigana, uma questão para a enfermagem**. Coimbra: Sinais Vitais n.º 22, Janeiro 1999. ISSN 0872 8844.

NETO, H.; NETO, A. – **Factores Geradores de Stress Pré-operatório**. Lisboa: Servir, volume 43, nº 2, Março/ Abril 1995.

NEVES, Cristina Alexandra Brás - **A criança com doença crónica e seus pais**. Lisboa: Nursing, 2001.

NUNES, Olímpio – **O povo cigano**, 2.ª ed. Lisboa: Edição do autor, 1996. ISBN 972 576 135

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional; SIECE - IRECE; Perfil Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. Dezembro de 2009.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Carta De Ottawa Para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Canadá, 17-21 Novembro de 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; DIVISÃO DE SAÚDE MENTAL – **Instrumento De Avaliação de Qualidade de Vida**. Grupo WHOQOL, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE – **As Metas da Saúde para Todos**. Lisboa: Artes Gráficas, 1985.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Decreto-Lei nº 104/98**: Aprova a versão actual do Código Deontológico do Enfermeiro. “Diário da República”; Lisboa: I-A Série (93), 21 de Abril de 1998. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Decreto-Lei nº 21/2010**: Transforma Hospital de Curry Cabral em Entidade Pública Empresarial. “Diário da República”; Lisboa: I Série (58), 24 de Março de 2010.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – **Portaria nº 1529/ 2008**. “Diário da República”; Lisboa: I Série (249), 26 de Dezembro de 2008.
- PORTUGAL, REDE EUROPEIA ANTIPOBREZA (REAP) – **Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde**. Lisboa, 2007. Depósito Legal – GU 149 2007.
- SERRA, Luís M. Alvim – **Crítérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2001. ISBN 9727571026.
- SILVA, Abel Paiva – **Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina**. Lisboa: Servir (volume 55, nº 1 e 2), Janeiro/ Abril de 2007. ISSN 08712379.
- SILVA, Luísa Ferreira da, et al. – **A comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária**. IV Congresso Português de Sociologia - Sociedade Portuguesa: Passados recentes, Futuros próximos. Universidade de Coimbra, 17-19 de Abril, 2000. Disponível em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR462dc924ecdba\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dc924ecdba_1.PDF).
- TONES, Keith; TILFORD, Sylvia - **Health education. Effectiveness, efficiency and equity**. London: Chapman and Hall, 1994. ISBN 9781565932838.
- VASCONCELOS, Pedro Bacelar – **Os ciganos e a Sociedade Portuguesa**, 1999. In: MONTENEGRO, Mirna (org.) – **Ciganos e Educação**. Setúbal: Instituto das Comunidades Educativas, 1999. ISBN 9729604843.
- VIEGAS, Alberto; SILVA, José J. S. – **Ciganos: Álbum de fotografias**. Lisboa: Edições Colibri, 1993. ISBN 9789728047344.

WONG, Donna L. – **Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. ISBN 8527705060.

## **ANEXOS**

ANEXO I  
Poster Vacinação

# VACINAÇÃO



**Difteria** - doença infecciosa que habitualmente afecta a garganta, provocando dor e inchaço que pode levar à sufocação. A bactéria que provoca a doença produz também uma toxina que pode provocar lesões no coração, rins e nervos.

**Tosse Convulsa (Pertussis)** - doença infecciosa que causa períodos de tosse, acompanhada por um ruído conhecido por tosse de cão. Pode durar um ou mais meses e causar otites, bronquites, pneumonia, convulsão e lesão cerebral.

**Sarampo** - causado por um vírus que pode originar pneumonias graves, por vezes mortais nas crianças mais pequenas, bem como doenças neurológicas graves e mortais em adolescentes e adultos. As manifestações iniciais são febre alta, tosse rouca e persistente, lesões na pele tipo pequenas borbulhas com cabeça branca, conjuntivite e sensibilidade à luz.

**Rubéola** - causada por um vírus que pode provocar deficiências congénitas graves nos recém-nascidos de mães não vacinadas (infectadas durante a gravidez). As manifestações mais comuns são um ligeiro mal estar, com inflamação dos gânglios do pescoço e da nuca, dor nas articulações e uma erupção na pele tipo manchas vermelhas que dura aproximadamente 3 dias.

**Hepatite B** - doença viral, transmitida por via sexual ou por sangue contaminado, pode progredir para cirrose hepática ou cancro do fígado. Os principais sintomas são: icterícia, febre, falta de apetite, mal estar, urina cor de vinho do porto, náuseas, comichão, urticária nos membros inferiores.

A vacinação é uma forma de fortalecer o organismo contra determinadas infecções. As vacinas incluídas no Plano Nacional de Vacinação são muito importantes para a Saúde Pública e permitem combater as seguintes doenças:

**Poliomielite (Paralisia Infantil)** causada pelo poliovírus provoca, principalmente nas crianças, paralisia dos membros inferiores, podendo, nos casos mais graves originar a morte por paralisia dos músculos respiratórios.



**Tuberculose** - doença infecciosa causada pelo Bacilo de Koch. Os seus principais sintomas são: tosse intensa e prolongada por três ou mais semanas, dor no peito, expectoração com ou sem sangue, febre baixa ao entardecer, calafrios, suores nocturnos, perda de apetite e peso e cansaço fácil.

**Haemophilus Influenzae b** - vírus responsável por algumas meningites, pneumonias, otites e doenças graves da garganta, especialmente nas crianças.

**Tétano** - provocado por uma bactéria que penetra através de uma ferida produzindo uma toxina que provoca espasmos musculares, levando a uma incapacidade respiratória, possibilidade de sufoco e morte.

**Meningite meningocócica** - provocada pela bactéria *Neisseria meningitidis C*. Principais sintomas: cefaleias, febre elevada, náuseas, vômitos, confusão mental, rigidez da nuca, podendo evoluir para coma e/ou para uma situação de infecção generalizada: a sepsis meningocócica.

### Parotidite (Papeira)

Causada por um vírus que pode originar meningites, causar doenças dos testículos e próstata nos rapazes e doenças dos ovários nas raparigas, bem como doenças do pâncreas, tiróide, cérebro, fígado, baço e timo. Os sintomas são inchaço das parótidas localizadas na região do pescoço com dor, febre, dores de cabeça, e garganta inflamada.

**Vírus Papiloma Humano (HPV)** responsável pela maior percentagem de cancro do colo do útero. Diagnosticado nas mulheres, com a vacina é possível preveni-lo.



Plano Nacional de Vacinação

Idades	Vacinas e respectivas doenças
0 nascimento	BCG (Tuberculose) VHB - 1.ª dose (Hepatite B)
2 meses	VIP - 1.ª dose (Poliomielite) DTPa - 1.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib - 1.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) VHB - 2.ª dose (Hepatite B)
3 meses	MenC - 1.ª dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
4 meses	VIP - 2.ª dose (Poliomielite) DTPa - 2.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib - 2.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)
5 meses	MenC - 2.ª dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
6 meses	VIP - 3.ª dose (Poliomielite) DTPa - 3.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib - 3.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b) VHB - 3.ª dose (Hepatite B)
15 meses	VASPR - 1.ª dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola) MenC - 3.ª dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
18 meses	DTPa - 4.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib - 4.ª dose (doenças causadas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)
5-6 anos	VIP - 4.ª dose (Poliomielite) DTPa - 5.ª dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VASPR - 2.ª dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola)
10-13 anos	Td - (Tétano, Difteria) VHB - 1.ª, 2.ª e 3.ª doses (Hepatite B) - aplicável apenas aos nascidos antes de 1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses HPV - 1.ª, 2.ª e 3.ª doses (infecções por Vírus do Papiloma Humano)
Toda a vida 10/10 anos	Td - (Tétano, Difteria)

Asterisk: Filipe Cruz, Hélio Santos. Memória em Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa. Cuias, São - Enfermeiros com Especialidade em Saúde Comunitária.  
Bibliografia: WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt; WWW.vacinas.gov.pt

## ANEXO II

Promoção da Saúde na Criança de etnia Cigana – Idade Escolar



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro  
de Saúde  
de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo I

# **PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA DE ETNIA CIGANA - IDADE ESCOLAR -**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Maria Leonor de Oliveira Gil

**Lisboa, Junho de 2010**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro  
de Saúde  
de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO: ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo I

# **PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA DE ETNIA CIGANA - IDADE ESCOLAR -**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Professora tutora: Teresa Rasquilho Vidal

Enfermeira orientadora: Carlota Sousa

Maria Leonor de Oliveira Gil

Professora tutora: Lília Rosa Alexandre

Enfermeira orientadora: Isabel Melícias

**Lisboa, Junho de 2010**

*Ao Menino e ao Borracho  
mete Deus a mão por baixo*

(Sabedoria popular)

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CSPCG** – Centro Social e Paroquial Campo do Grande

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**Fig.** – Figura

## ÍNDICE

<b>0 – NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>66</b>
<b>1 – A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR .....</b>	<b>68</b>
<b>2 – A CRIANÇA DE ETNIA CIGANA.....</b>	<b>74</b>
<b>3 – HIGIENE PESSOAL.....</b>	<b>77</b>
3.1 – BANHO CORPORAL.....	77
3.2 – LAVAGEM DO CABELO .....	77
3.3 – LAVAGEM DAS MÃOS.....	78
3.4 – CUIDADOS ÀS UNHAS.....	78
<b>3.4.1 – Corte .....</b>	<b>78</b>
<b>3.4.2 – Limpeza .....</b>	<b>79</b>
<b>3.4.3 – Unhas dos pés.....</b>	<b>79</b>
3.5 – HIGIENE GENITAL .....	80
<b>3.5.1 – Feminina .....</b>	<b>80</b>
<b>3.5.2 – Masculina .....</b>	<b>80</b>
3.6 – CUIDADOS COM O VESTUÁRIO .....	81
<b>4 – PEDICULOSE DO COURO CABELUDO.....</b>	<b>82</b>
4.1 – MANIFESTAÇÃO.....	83
4.2 – TRANSMISSÃO.....	83
4.3 – COMO EVITAR A PROPAGAÇÃO .....	84
4.4 – ELIMINAÇÃO .....	84
4.5 – PREVENÇÃO DO SEU REAPARECIMENTO .....	85
<b>5 – SAÚDE ORAL .....</b>	<b>86</b>
5.1 – DESENVOLVIMENTO DOS DENTES .....	86
5.2 – O PAPEL DO ENFERMEIRO .....	86
5.3 – A HIGIENE DENTÁRIA.....	87
<b>5.3.1 – A Escovagem dos Dentes .....</b>	<b>89</b>
<b>5.3.2 – O Revelador de Placa Bacteriana.....</b>	<b>90</b>
<b>6 – AVALIAÇÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>7 – BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>94</b>

## **ANEXOS**

ANEXO I – Listagem das crianças de etnia cigana do bairro das Murtas

ANEXO II – Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

ANEXO III – Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

ANEXO IV – Póster – Higiene Pessoal

ANEXO V – Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

ANEXO VI – Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

ANEXO VII – Desenhos das crianças

ANEXO VIII – Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

ANEXO IX – Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

ANEXO X – Panfleto – Dentição Infantil, Dentição Definitiva

ANEXO XI – Póster – Como escovar bem os dentes (Elgydium)

ANEXO XII – Folheto - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

ANEXO XIII – Desdobrável Elgydium

ANEXO XIV – Desenhos para colorir – Higiene Oral

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Piolho adulto com ovos

FIGURA 2 – Lêndea

FIGURA 3 – Piolho jovem

FIGURA 4 – Piolho adulto

FIGURA 5 – Dentição infantil

FIGURA 6 – Dentição definitiva

FIGURA 7 – Técnica de escovagem dos dentes

## **0 – NOTA INTRODUTÓRIA**

O projecto “Reino da Imaginação”, desenvolvido na área de Intervenção Sócio-Pedagógica do Centro Social e Paroquial do Campo Grande, é dirigido a 23 crianças de etnia cigana residentes no Bairro das Murtas, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos de idade e conta com algumas parcerias, nomeadamente o Centro de Saúde de Alvalade. (Anexo I)

Tendo como uma das missões, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004/ 2010, a promoção de estilos de vida saudáveis, o Centro de Saúde de Alvalade colabora neste projecto através da intervenção comunitária junto da comunidade cigana, com o planeamento, desenvolvimento e avaliação de sessões de educação para a saúde com base num diagnóstico de necessidades em saúde feito pelo parceiro promotor do projecto. Encontrando-nos a estagiar neste Centro de Saúde, prestando assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades, assistindo a criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde e prestando cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, foi-nos proposto a participação neste projecto através da programação, desenvolvimento, apresentação e avaliação de três sessões lúdico/pedagógicas de educação para a saúde subordinadas aos temas: Higiene Pessoal, Pediculose e Saúde Oral.

Partimos com os seguintes objectivos:

- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene pessoal;
- Promover hábitos diários de higiene corporal, lavagem do cabelo, lavagem das mãos, higiene genital, cuidados às unhas, e cuidados com o vestuário;
- Prevenir problemas decorrentes da falta de higiene pessoal;
- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene capilar;
- Alertar para o aparecimento de piolhos;
- Promover medidas de erradicação de piolhos e lêndeas;
- Prevenção de distúrbios provocados pela pediculose;
- Sensibilizar as crianças para a importância da higiene oral;
- Alertar para a ocorrência de problemas relacionados com uma higiene oral precária;
- Motivar as crianças para a escovagem dos dentes pelo menos 2 vezes por dia;
- Prevenção de problemas decorrentes da falta de higiene oral.

A reunião de duas especialidades de enfermagem distintas durante o desenvolvimento deste trabalho constitui para nós uma mais-valia: o público-alvo é um grupo de crianças inseridas na sua comunidade, com características inerentes ao seu estágio de desenvolvimento que implicam uma adequação das estratégias de ensino/ aprendizagem.

Estas sessões lúdico/ pedagógicas irão realizar-se nos dias 17 de Maio de 2010 – Higiene Pessoal (Anexo II), 24 de Maio de 2010 – Pediculose (Anexo VI), e 7 de Junho de 2010 – Higiene Oral (Anexo IX); pelas 18 horas, horário em que funciona o Reino da Imaginação no Bairro das Murtas. O local é o apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas, prevendo-se uma duração de aproximadamente uma hora por cada sessão.

## I – A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

Este período compreende-se entre os 6 e os 12 anos de idade aproximadamente, embora alguns autores considerem que a criança se encontra na puberdade (pré-adolescência) mais ou menos a partir dos 10 anos de idade.

Nesta fase, o crescimento e desenvolvimento físico é mais gradativo do que até aqui, sendo que os progressos físicos e emocionais são mais firmes e uniformes. Há amplas variações na altura e no peso e um acentuado desenvolvimento motor. É nesta fase que se torna extremamente importante a aquisição de bons hábitos alimentares, a utilização de flúor, bem como cuidados dentários adequados (diminuem as cáries e outros problemas dentários) e a prática de exercício físico regular. A destreza muscular fina e as habilidades artísticas tornam-se mais evidentes, observando-se progressos na escrita e no desenho., sendo esta uma fase de intensa produtividade e criatividade pois agora a criança começa a ser capaz de criar poemas, histórias, jogos e dedicar-se a trabalhos manuais mais complexos.

Wong (1989: 323) refere que

*“dispondo de alicerces firmes de confiança, autonomia e iniciativa, a criança está pronta e ansiosa por enfrentar o mundo mais amplo da aprendizagem e da competição, com desenvolvimento de um senso de industriiosidade. Afasta-se do egocentrismo característico da criança pequena, em direção ao subperíodo de domínio cognitivo. (...) Este período traz uma importante contribuição para o aprendizado das práticas culturais e para o desenvolvimento de competência e de auto-estima. É uma época de crescimento intelectual, de investimento no trabalho e do primeiro compromisso real com um grupo social alheio ao âmbito familiar e maior que este”.*

Agora há uma aquisição de processos mentais que lhe permitem compreender as coisas do ponto de vista das outras pessoas. Entra no estágio que Piaget descreve como operatório concreto, em que a criança desenvolve a capacidade de compreender e utilizar as relações que existem entre as coisas e ideias. Consegue usar símbolos e recorrer às experiências passadas para avaliar e interpretar o presente.

Assim, o raciocínio outrora intuitivo, passa a ser lógico e inferencial, apesar de limitado no aqui e agora. A criança é agora capaz de realizar ações mentais reversíveis, nomeadamente operações lógico-matemáticas – domínio da lógica de classes, de relações e do número – e operações infra-lógicas – domínio das noções de espaço, tempo e velocidade. Wong (1989: 327) refere que a criança aprende a dominar o conceito de conservação de número, de

comprimento e de massa, a relacionar os acontecimentos cronologicamente, a combinar relações de tempo e espaço e, talvez a habilidade mais significativa, aprende a ler, o que lhe permite aumentar as possibilidades de exploração e imaginação, aumentando os seus conhecimentos.

Erikson considera que a criança enfrenta agora o dilema da mestria/ diligência vs inferioridade, procurando construir a competência (sentido de si como capaz de dominar diversas competências e completar tarefas, tendo consciência das suas limitações). Agora começa a ser capaz de distinguir entre sentir e exteriorizar determinadas emoções, disfarçá-las, compreender as que são ambivalentes (como ficar alegre e triste ao mesmo tempo) e avaliar as emoções dos outros. Quer aprender novas coisas e o seu senso de independência leva-a a explorar e manipular o ambiente, bem como o relacionamento com os seus pares, aumentando a capacidade de colaborar e competir com os outros. Wong (1989: 327) refere que *“fontes intrínsecas de reforço, como notas escolares, recompensas materiais, privilégios especiais e reconhecimento incentivam e estimulam a criança. A aprovação dos pares constitui factor de grande motivação”*.

Até cerca dos 8, 9 anos a criança cumpre as regras por respeito à autoridade ou por medo e a partir dos 9, 10 anos passa a compreender as regras da sociedade, tornando-as também suas. Por outro lado, até aqui o seu auto-conceito baseava-se naquilo que ela percebia como sendo a avaliação que os seus pais faziam dela mas agora as avaliações dos outros e dos próprios pares passam também a ser tidas em conta. É com o grupo de pares que a criança explora ideias e o ambiente que a rodeia. Wong (1989: 328) refere que *“possuem uma cultura própria com segredos, costumes e códigos de ética, com a qual elas promovem sentimentos de solidariedade de grupo e desligamento dos adultos. Através do relacionamento com seus pares, a criança aprende a lidar com a dominância e hostilidade bem como a se relacionar com pessoas que ocupam posições de liderança e de autoridade”*. Por outro lado, a maior parte dos conceitos relativamente ao papel adequado ao seu sexo é adquirida através da convivência neste grupo. Enquanto que nos primeiros anos desta fase não há grande diferenciação entre rapazes e raparigas, nos últimos as diferenças começam a tornar-se evidentes, podendo mesmo a haver uma intolerância entre crianças de sexos diferentes.

O facto de interagir num grupo de pares confere à criança uma capacidade de compreender os pontos de vista dos outros e assim desenvolver capacidades de *“argumentar, persuadir, negociar, cooperar e fazer concessões, com o objectivo de manter as suas amizades”* (Wong, 1989: 329). Por outro lado, também fica mais influenciável pelas regras e pressões sociais deste grupo que estabelece *“padrões de aceitação e rejeição, (...) a que a criança se dispõe a modificar o seu comportamento a fim de ser aceite no grupo”* (Wong, 1989: 329). Mas apesar de o grupo de pares

exercer grande influência e ser muito importante para o seu desenvolvimento, os pais são ainda a principal figura na formação da sua personalidade pois são eles que estabelecem padrões de conduta e determinam o sistema de valores. Por isso, Wong (1989: 330) refere que *“quando os valores paternos e os dos pares entram em conflito, quase sempre prevalecem os valores da família”*.

É na escola, grande promotora de socialização, que se procura transmitir os valores sociais à criança. É aqui que a criança tem de se ajustar a um novo conjunto de contactos interpessoais e novas figuras de autoridade e se vê separada dos pais e irmãos durante grande parte do seu dia, enfrentando assim uma ruptura brusca naquilo que reconhecia como sendo o seu mundo. Wong salienta que *“ a capacidade [da criança] para ajustar-se mantém uma relação directa com a maturidade física e emocional da criança e com a prontidão materna para aceitar a separação associada ao ingresso na escola”*.

É também nesta fase que a amizade assume um especial papel, passando por várias fases à medida que o pensamento da criança vai evoluindo. Começa por uma interacção física, em que não há diferenciação das perspectivas de cada um (há uma proximidade física e os atributos físicos e materiais tendem a ser iguais entre as crianças), passando depois a uma amizade como assistência unilateral, em que procuram a satisfação das necessidades e desejos do sujeito, começando a haver uma diferenciação de perspectivas em que a própria amizade prevalece, havendo normalmente uma ausência de reciprocidade. Depois, a amizade passa a ser vista como uma cooperação bilateral em que há uma troca e partilha de favores, com perspectivas interpessoais recíprocas e uma certa impossibilidade de conflito, seguindo-se a visão da amizade como uma relação íntima e mútua, com partilha de experiências, sentimentos e valores comuns, tendo como elemento principal a confiança e bem patentes fortes sentimentos de exclusão e de ciúme. Finalmente, a amizade passa a ser um sistema complexo de interacção entre autonomia e intimidade, em que há um respeito pelas necessidades de dependência e autonomia de cada um e em que há uma integração do conflito e da possibilidade de término da relação sem ressentimento. Começam também a perceber agora a necessidade de regras e, enquanto que antes adoptavam regras que iam evoluindo no decorrer de jogos por elas inventados ou de brincadeiras que faziam na companhia de amigos ou adultos, passam a adoptar jogos com regras fixas e invariáveis, normalmente inventadas pelo grupo de pares com que se identificam. É agora que os “clubes” e “associações secretas” emergem e os jogos de equipa marcam presença, permitindo à criança não só

*“ subordinar as suas metas pessoais às metas do grupo, bem como ter a noção de que a divisão de trabalho constitui uma estratégia efectiva para atingir determinada finalidade, (...) aprendendo acerca da natureza da competição e (...) estimulando o desenvolvimento cognitivo, à medida que (...) lhe é solicitada a aprendizagem de*

*regras complexas, a basear o seu julgamento nestas regras, a idealizar estratégias e a avaliar os pontos fortes e fracos tanto dos membros da própria equipa como da equipa adversária” (Wong, 1989: 332).*

Nesta fase, a criança precisa de se exercitar, libertar tensões e hostilidade. Por isso, é importante ter *“oportunidades para utilizar os seus músculos em brincadeiras exuberantes ao ar livre, assim como de liberdade para manifestar a autonomia e iniciativa recém descobertas” (Wong, 1989: 332).*

A continuação da promoção da saúde é de extrema importância. A vacinação continua a ser a melhor forma de prevenir grande parte das doenças transmissíveis outrora com elevado grau de morbidade. As próprias defesas naturais do organismo são influenciadas por outros factores como o sono e repouso, nutrição e exercício físico. De facto, a DGS refere no Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005: 7) que a opção por comportamentos saudáveis deve ser estimulada, nomeadamente nas áreas da *“nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas; a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos (...); e a (...) adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes”*. Por outro lado, o mesmo Programa (2005:8) refere ainda que se deve *“promover a auto-estima da criança e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido”*. Relativamente ao sono e repouso, as necessidades variam de criança para criança de acordo com o seu grau de actividade, estado de saúde, etc. Geralmente, nesta fase a criança não precisa de dormir durante o dia mas por volta dos 6 anos deverá dormir 11 a 12 horas por noite e aos 11, 12 anos uma média de 9 a 10 horas (Wong, 1989:333). Quanto mais tarde a criança se deitar, mais cansada se sentirá no dia seguinte, o que pode afectar não só a sua saúde como a sua forma de estar. Quanto à alimentação, é agora que se criam reservas para atender às necessidades de crescimento inerentes à adolescência, pelo que se reveste de extrema importância salientar à criança e seus pais a importância de uma dieta equilibrada, procurando educá-los no sentido de tentar reduzir ao máximo alimentos ricos em açúcar, amido e gorduras. A prática de exercício físico favorece o desenvolvimento musculo-esquelético, a aquisição de maior equilíbrio e coordenação e, como refere Wong (1989:333), *“o aumento da força e da resistência, bem como o estímulo das funções vitais e dos processos metabólicos”*. A prevenção de acidentes é uma área de especial atenção. Agora que a criança sente que tem novas habilidades, vai querer testá-las, muitas vezes até ao limite e de uma forma pouco apropriada. Deve-se educar criança e pais no sentido de não descuidarem as regras básicas de segurança de circulação na via pública, promovendo também a utilização de equipamentos de protecção adequados aquando da utilização de determinados *“meios de locomoção”*, nomeadamente a bicicleta, skates, patins, etc. Outros acidentes comuns, segundo a DGS em 2005, são as quedas, as fracturas e outras lesões. Relativamente à

saúde oral, é agora que ocorre a erupção da dentição dita definitiva, pelo que uma boa higiene dentária e observação periódica para pesquisa ou tratamento de cáries é fundamental.

Falar na puberdade é extremamente importante já que se insere no contexto do final da idade escolar e tem algumas características que a distinguem do início da idade escolar. É a fase do desenvolvimento após a infância onde grandes transformações físicas, hormonais e psicológicas acontecem. É a época da maturação sexual que vai afectar directamente o desenvolvimento do pré-adolescente.

Neste estadio, as interrogações são inúmeras; como é viver com um corpo que muda hora a hora, um corpo que se desconhece ou que se parece desconhecer, que atrai e repugna ao mesmo tempo, todas as alterações individuais e contextuais em que se insere o desenvolvimento do pré-adolescente, trazem implicações para a intervenção dos profissionais de saúde, quer na prevenção de riscos, quer na promoção de estilos de vida saudáveis.

O trabalho a ser feito com os pré-adolescentes no sentido da promoção da saúde é vasto e deve ter carácter antecipatório pois cada vez mais as gerações futuras são precoces em termos de aquisições. O enfermeiro especialista quer em saúde comunitária quer em saúde infantil e pediatria tem de possuir a capacidade de os induzir a comportamentos adequados de modo a desenvolverem autonomia para o exercício pleno de cidadania.

A promoção de saúde nesta faixa etária consiste primordialmente no ensino e orientação para que se possam evitar comportamentos prejudiciais à saúde, de modo a viverem os anos seguintes incorporando estilos de vida saudáveis que perdurarão por toda a vida.

A educação para a saúde deve incorporar uma abordagem multidimensional, apropriada ao desenvolvimento individual. Por isso é imperativo que os programas de actuação sejam eficazes e abrangentes a toda a comunidade multicultural. Assim, o enfermeiro deve-se munir de conhecimentos, formação e experiência que lhe permitam compreender e respeitar os outros numa sociedade multicultural, procurando reprimir-se de fazer juízos de valor.

Ao interagir com o pré-adolescente ou outro grupo, o enfermeiro deve assim expressar-se de forma a ser percebido e a fazer aceitar o que quer transmitir. Para tal, deverá fazer uso de uma abordagem simples, clara, breve, apropriada ao tempo e circunstâncias e adaptável às reacções. O cuidado de enfermagem deve estar atento às actuais necessidades de saúde das crianças/jovens, famílias e comunidades em ambientes complexos em constante mudança e interacção. Madeleine Leininger comprovou nos seus estudos de antropologia cultural, que a prática dos cuidados entre os seres humanos é um fenómeno universal mas que as expressões, processos e modelos de cuidados podem variar de uma cultura para outra. A interacção entre o

ambiente e os cuidados promovem a aprendizagem a capacidade para gerir os recursos de que dispõem com o objectivo de atingir a autonomia o mais cedo possível.

HESBEEN (1997:2), salienta que “não nos podemos contentar com actos realizados com cuidado ou com atenção... Isso não basta, pois o ser humano não se limita a um corpo-objecto. É o ser enquanto ser, enquanto corpo-sujeito, que exige atenção”. Por isso, o conteúdo da profissão de enfermagem é, numa perspectiva de cuidados, portador de sentido e de auxílio para com o cliente e/ ou pessoa significativa, deixando em aberto a possibilidade/ necessidade de cuidar/ prestar cuidados tendo em conta a sua cultura.

Assim, o que distingue o conceito de prestação de cuidados do conceito de é o conteúdo das acções, especialmente quando o profissional de enfermagem teve em conta os seus próprios hábitos, valores e crenças (HESBEEN, 1997) e os dos alvos dos seus cuidados.

## 2 - A CRIANÇA DE ETNIA CIGANA

A educação das crianças de etnia cigana é de total responsabilidade da família nuclear. Por um lado, uma das características desta família é o amor que sustentam pelos filhos que são extremamente mimados, nada lhes falta dentro das possibilidades dos pais. Por outro lado, as crianças nutrem um profundo respeito e grande amor pelos pais, acatando as suas ordens.

A presença de crianças de etnia cigana em contextos de educação formal é um fenómeno recente que ocorre cada vez mais na sociedade portuguesa. Tal situação coloca as crianças perante a incontornável necessidade de se confrontarem e de se relacionarem com outras crianças ciganas e não ciganas que transportam consigo um conjunto de representações do que significa ser criança cigana e não cigana. Estas crianças frequentam irregularmente a escola devido à herança cultural familiar, onde até hoje impera a não adesão aos programas escolares, o analfabetismo dos pais e avós, existindo relutância em mandar os filhos à escola, com receio de que estes adquiram hábitos e costumes que levem à perda da herança cultural cigana. Liégeois (1989:159) refere, relativamente ao sentimento dos pais para que os seus filhos frequentem a escola:

*“Eles temem perdê-los, e a entrada na escola supõe a passagem de uma barreira de apreensões e uma modificação na natureza conflituosa das relações sociais mantidas até agora, modificações essas que não se produzem num ano, nem por obra e graça de um texto ministerial – é preciso tempo para isso e uma vontade mútua que sobreviva às desilusões.*

Para os ciganos é mais importante desenvolver habilidades específicas do que obter conhecimentos abstractos. A criança está habituada a manipular realidades concretas e simbólicas que não correspondem às da escola, não estando preparada para ter sucesso numa escola que não se adapta a ela e que valoriza registos diferentes dos seus.

Ainda segundo Liégeois (1989:153), *“A não escolaridade articula-se essencialmente em volta de três elementos: a escola não é pertinente nem útil, pelos seus valores e programas, aos olhos dos ciganos e itinerantes; não está, no seu modo de funcionamento, adaptada a essas crianças, e permanece hostil e destruidora.”*

Tradicionalmente, o nomadismo foi a principal razão que levou os ciganos a não aproveitar as ofertas da escola. A não assiduidade poderá também ser atribuída ao facto de os pais não aceitarem facilmente separar-se dos filhos para os entregar a um outro educador. Por outro

lado, a sua itinerância leva a uma falta de contacto social, tornando-os numa minoria desadaptada e em condições desfavoráveis perante os outros alunos. A resistência dos pais pode dever-se a um certo orgulho étnico – eles conseguiram sobreviver sem saber ler nem escrever e foram bem sucedidos.

A falta de compreensão e de intercâmbio de culturas resultam do receio do cigano em ser aculturado; o seu apego à tradição constitui a maior defesa contra as culturas dos diferentes países. Devido ao estilo de vida cigano, as crianças surgem na escola sem o mínimo de conhecimentos gerais e normas de comportamento social, o que dificulta a aceitação dos educadores e dos próprios colegas.

Numa concepção intercultural das escolas, as características das crianças devem servir de base às opções pedagógicas e não um obstáculo, como acontece quando são desvalorizadas. Sendo assim, aceitar a criança de etnia cigana na escola significa ter em conta o que se passa fora do meio escolar, isto é, nos diferentes domínios em que a criança vive (económicos, educativos, habitacionais, entre outros). Diz-nos Liègeois (1989:152) que *“Os professores, no seu conjunto, não têm formação e informação que lhes permitam adaptar a sua atitude e a sua pedagogia; e as imagens às quais se referem, certamente matizadas por uma formação geral de ordem psicopedagógica, influenciam directamente a maneira de se comportarem”*. Uma escola intercultural deve mostrar-se flexível na sua estrutura e funcionamento de forma a permitir que culturas diferentes se expressem de formas diferentes.

A interculturalidade não pode visar uma hibridação intelectual dos alunos através da manipulação pedagógica mas antes o seu enriquecimento e a compreensão mútua por meio de aprendizagens baseadas nos antecedentes culturais de cada um deles, pelo que não necessitamos de falar de pedagogia intercultural para valorizar tudo o que vai no sentido da aceitação do outro. O papel da escola é esse: participar na valorização e na compreensão das diferenças e transformar os antagonismos em diferenças mais bem compreendidas. Para Liègeois (1989:156),

*“Não compete assim ao professor ensinar os valores ciganos – ele não terá nem vocação nem capacidade –, mas uma informação de qualidade, um conhecimento e uma compreensão da cultura das crianças ensinar-lhes-á a referi-los, a valorizá-los, e a fazer uma utilização pedagógica desta valorização, quer os seus alunos sejam todos ciganos ou itinerantes, quer a classe seja formada por vários conjuntos culturais”*.

As grandes transformações económicas, políticas e sociais das últimas décadas, designadamente as que se relacionam com os grupos sociais e culturais considerados "desfavorecidos", "minoritários" ou "marginais", obrigaram os ciganos a desenvolver novos meios de adaptação. Esta nova realidade obriga as diferentes comunidades ciganas a novas e constantes adaptações

no caso de pretenderem manter uma relativa independência económica e cultural. Segundo Liégeois (1989:160):

*“Para obter uma autorização de trabalho, quer se trate de artesanato, de espectáculos de feira, ou de comércio, é preciso agora, num número cada vez maior de países, ter alcançado um certo nível escolar, pois mesmo os ofícios tradicionais devem adaptar-se aos tempos modernos, pela gestão escrita do seu exercício.”*

Para conseguir estes objectivos, muitas comunidades ciganas começam a procurar a escola porque apenas a escolarização lhes permite "tirar a carta" ou garantir o “rendimento social de inserção”.

Nos últimos anos, este fenómeno adquiriu contornos compulsivos inéditos, obrigando os beneficiários que não tenham completado qualquer grau de ensino a inscrever-se nas escolas e a darem provas de assiduidade e bom aproveitamento, sob pena de perderem o direito à prestação. De forma que, como seria de prever, os resultados até agora obtidos são consideravelmente escassos, deixando a ideia de que persiste, no seio das comunidades ciganas, uma grande indiferença misturada com desconhecimento e algum receio, em relação à escolarização. A grande mudança em relação ao passado é que temos hoje quase todas as crianças ciganas inscritas nas escolas. Mas, como refere Lopes (2008:336): *“o seu aproveitamento é globalmente fraco e o absentismo elevado.”*

A resistência cultural cigana também aqui se manifesta.

### **3 - HIGIENE PESSOAL**

A higiene pessoal é muito importante e deve ser ensinada às crianças o mais cedo possível. É uma responsabilidade dos pais e só mais ou menos aos 6 anos é que a criança começa a cuidar autonomamente da sua própria higiene pessoal mas para que desenvolva bons hábitos de higiene é necessário que receba boas informações e bons exemplos.

Os hábitos de higiene diários incluem não só o banho corporal, vestuário e calçado, mas também o tipo de alimentação, a postura no dia-a-dia, as horas de sono diárias e a prática de exercício físico.

#### **3.1 – BANHO CORPORAL**

A pele tem milhões de glândulas especiais que produzem suor e outras que produzem uma substância parecida com o sebo. A falta de banho provoca a acumulação progressiva dessas substâncias, que se somam a outras que existem no meio ambiente como por exemplo o fumo, poeira, terra, areia, entre outros. A consequência de um banho mal tomado é o aparecimento de vermelhidão na pele, além do odor desagradável, o risco de aparecimento de piolhos e sarna, micoses, seborreia, infecções urinárias e corrimento vaginal nas meninas.

O banho é muito importante e é indispensável à saúde do corpo. O banho de duche é o mais económico, o mais prático e o mais higiénico. Depois do banho devemos certificar-nos que estamos bem limpos e secos, especialmente nos espaços interdigitais, virilhas e outras pregas cutâneas.

#### **3.2 – LAVAGEM DO CABELO**

O cabelo deve estar sempre lavado (duas vezes por semana no mínimo) e penteado, devendo ser cortado regularmente.

Nos cabelos acumulam-se poeiras e gorduras que precisam de ser eliminadas. É sempre agradável observarmos cabelos limpos, brilhantes, cheirosos e bem cortados.

Os cabelos muito compridos e sujos facilitam o aparecimento e a multiplicação de piolhos. Deve verificar-se de vez em quando se existem piolhos ou lêndeas na cabeça.

### 3.3 – LAVAGEM DAS MÃOS

As mãos têm de estar sempre limpas.

Nunca devemos comer ou mexer em alimentos sem antes termos lavado as mãos.

Também devemos lavar sempre as mãos depois de usarmos a casa de banho.

### 3.4 – CUIDADOS ÀS UNHAS

Cortar as unhas e mantê-las sempre limpas são medidas importantes para prevenir certas doenças. Quando a pessoa coloca a mão na boca, a sujidade armazenada debaixo das unhas pode dar origem a doenças intestinais. Além disso, devemos valorizar os aspectos estéticos relacionados à beleza das unhas.

Também é muito bom procurar eliminar o hábito de roer unhas.

#### 3.4.1 – Corte

Como as unhas crescem de maneira contínua a diferente velocidade (em média cerca de 3 a 4 mm por mês) devemos cortá-las com alguma regularidade, a menos que se efectuem actividades que impliquem um desgaste equivalente. Caso não se corte regularmente as unhas, a sua extremidade livre vai progressivamente ultrapassando a ponta dos dedos, tendo igualmente tendência para engrossar de forma irregular ao ponto de dificultar gestos e proporcionar o aparecimento de uma ruptura brusca em qualquer zona. Como é óbvio, o comprimento das unhas depende igualmente do gosto pessoal, pois não se deve subestimar o seu papel de adorno já que existem pessoas que têm as unhas compridas por questões de estética.

As unhas devem ser cortadas com um instrumento afiado - tesoura ou corta-unhas - que permita aplicar uma pressão idêntica nas duas superfícies. O corte deve ser sempre o mais direito e simples possível. Como complemento, deve-se limar suavemente a extremidade livre de dentro para fora, de modo a eliminar pequenas irregularidades. Embora algumas pessoas prefiram cortar as unhas depois do banho (quando estão mais moles) é preferível aguardar um bocado até que fiquem secas para serem devidamente limadas.

### **3.4.2 – Limpeza**

Ter as unhas sujas, para além de constituir um sinal de desleixo também pode ser perigoso; pois os microorganismos que se acumulam por baixo da extremidade livre e nas ranhuras laterais encontram as condições ideais para a sua multiplicação, o que pode provocar uma infecção. Por isso, a limpeza das unhas deve ser realizada periodicamente, como parte da higiene corporal quotidiana.

De qualquer forma, deve-se igualmente ter em conta que uma limpeza inadequada, demasiado insistente ou com elementos não apropriados pode ser contraproducente. Por exemplo, caso se pretenda eliminar a sujidade acumulada na extremidade livre e no dedo através da utilização de um instrumento pontiagudo ou com filamentos pode-se proporcionar o aparecimento de pequenas feridas na pele ou desunir a unha do seu leito e eliminar uma barreira natural protectora, o que favorece o desenvolvimento de infecções.

Para além dos cuidados higiénicos realizados na manicura, a melhor maneira de limpar quotidianamente as unhas consiste na sua escovagem através da utilização de uma pequena escova especificamente elaborada para esse fim, embebida em água com sabão e passando-a pela ponta dos dedos, pela parte de trás das unhas e pelas ranhuras laterais. Por fim, deve-se evitar a utilização de escovas com cerdas duras, já que podem raspar demasiado a pele e provocar lesões.

### **3.4.3 – Unhas dos pés**

As unhas dos pés, apesar de não acumularem tanta sujidade como as das mãos, necessitam ainda assim das mesmas atenções, a menos que se tenha o hábito de andar descalço e de serem facilmente limpas com um banho regular. O principal cuidado com as unhas dos pés corresponde ao seu corte, em condições normais, uma vez por semana ou de quinze em quinze dias. Como as unhas dos pés costumam ser muito duras, sobretudo a do primeiro dedo, há quem opte por cortá-las após o banho e quem prefira amolecê-las, mantendo-as previamente num recipiente com água morna.

Em relação à sua medida ideal, considera-se que as unhas dos pés não devem ser nem demasiado longas nem demasiado curtas, devendo estar aproximadamente na linha dos dedos. Mais importante que o seu comprimento é a forma consequente do seu corte, já que é fundamental que a extremidade livre fique direita e não em semicírculo, ou seja, sem curvatura para os lados. Assim, o crescimento da unha provocaria a sua penetração nas extremidades ungueais e o aparecimento de um problema muito incómodo como a unha encravada cujo principal factor de predisposição corresponde precisamente a um corte inadequado. Esta

precaução adquire uma maior relevância quando se trata do primeiro dedo, que é o mais susceptível de ser afectado por este problema.

### 3.5 – HIGIENE GENITAL

#### 3.5.1 - Feminina

Devemos saber que a zona genital feminina deve ser tratada com produtos naturais e nunca devemos deixar de limpar e tratar a zona genital. Eis algumas recomendações:

- Usar sempre sabonetes neutros;
- Manter os pelos púbicos curtos (+/ - 1,5 cm) para facilitar a higienização; a depilação total desta zona é desaconselhada pois os pêlos púbicos ajudam a proteger a flora comensal;
- Após a micção, limpar a vulva encostando o papel higiénico, sem fazer movimentos bruscos para evitar que o papel se rasgue e deixe pequenos pedaços; nunca se deve passar o papel higiénico de trás para a frente pois poderá contaminar a vagina com bactérias que habitam normalmente a região perianal;
- No banho, procurar afastar os lábios vaginais para limpar os restos de líquidos que restam em redor da vagina;
- Não é necessário lavar dentro da vagina;
- Evitar o uso habitual de pensos higiénicos fora do período menstrual;
- Durante a menstruação trocar o penso ou tampão com frequência;
- De preferência usar roupas íntimas de tecido natural como o algodão. As cuecas de fibras sintéticas aumentam a temperatura e irritam as mucosas;
- Evitar usar roupas apertadas no dia-a-dia. Dormir com roupas soltas e dispensar as cuecas sempre que possível.

#### 3.5.2 - Masculina

A higiene íntima do homem também deve ser diária. Deve sempre limpar e/ou lavar a zona do orifício da uretra porque normalmente contem restos de urina.

Há homens em que a produção e acumulação de materiais viscosos (o popular sebo do pénis) é mais exuberante. Nestes casos, a higiene deve ser feita com a frequência adequada a cada indivíduo, tantas vezes quantas forem necessárias para manter o pénis limpo.

Os pelos púbicos do escroto, zona perianal e das virilhas possuem uma função pouco conhecida e relegada para segundo plano: reduzir o atrito entre duas superfícies de pele que se tocam. Portanto, não se deve cortar esses pêlos sob pena de ocorrerem reacções locais tais como infecções, irritações e escoriações da pele. Os que preferirem cortá-los, devem evitar o uso de lâminas fazendo apenas o corte dos pêlos com tesoura, deixando-os no mínimo com 1,5 cm de comprimento.

### 3.6 – CUIDADOS COM O VESTUÁRIO

A roupa e o calçado devem estar sempre limpos e serem adequados ao tempo que faz: frescos no verão, quentes no inverno, e impermeáveis nos dias de chuva. Devem ser cómodos e folgados.

O vestuário é importante para manter a temperatura corporal. Devemos vestir sempre roupa de algodão pois não retém o suor, evitando o aparecimento de mau cheiro. Não devemos também esquecer de mudar diariamente a roupa interior.

Devemos evitar roupas justas e de fibras sintéticas. Dar preferência a roupas confeccionadas em algodão, principalmente as meias e roupas íntimas.

#### 4 – PEDICULOSE DO COURO CABELUDO

A pediculose é uma infestação do couro cabeludo provocada pelo *pediculus humanus capitis*, vulgo “piolhos”, e afecta particularmente as crianças em idade escolar.

Os piolhos são insectos muito pequenos e sem asas. Como todos os insectos, têm seis patas que usam para se agarrar aos cabelos. Vivem apenas no cabelo humano. Preferencialmente escolhem sítios quentes como o pescoço ou a zona atrás das orelhas. São transparentes, o que os torna difíceis de detectar no cabelo. Um piolho adulto tem entre 3 a 4 mm, mais ou menos o tamanho aproximado de uma semente de sésamo. As fêmeas são maiores. Quando se alimentam, os piolhos tornam-se castanho-avermelhados.

Alimentam-se de sangue humano três a quatro vezes por dia. Mordem o couro cabeludo e injectam saliva, o que causa irritação e comichão. Longe do cabelo humano, onde encontram uma fonte de sangue, não sobrevivem mais do que 2 ou 3 dias.

Reproduzem-se muito rapidamente. Os piolhos fêmea põem até 10 ovos por dia. Os ovos, denominados vulgarmente por lêndeas e se parecem com caspa, ficam presos perto do couro cabeludo na raiz do cabelo e são muito difíceis de retirar; ou seja, as lêndeas são os ovos que ainda não eclodiram ou cápsulas vazias de piolhos recém nascidos.

Os piolhos saem do ovo ou lêndea ao fim de 8 a 10 dias. Após 10 a 12 dias, os piolhos recém nascidos tornam-se adultos e estão prontos para pôr mais ovos. Vivem durante 2 a 3 meses. Nesse período de tempo, os piolhos fêmea põem entre 200 a 300 ovos.



Fig. 1 – Piolho adulto com ovos



Fig 2 - Lêndea



Fig. 3 – Piolho jovem



Fig. 4 – Piolho adulto

#### Ciclo de vida do piolho

(in: <http://www.google.pt/images?q=piolho&um=1&hl=pt-PT&tbs=isch:1&sa=N&start=120&ndsp=20>)

#### 4.1 – MANIFESTAÇÃO

A principal manifestação da pediculose é o prurido provocado pelas picadas dos piolhos, normalmente tão intenso que incita ao coçar. Todavia, para além de não aliviar o prurido, o acto de coçar acaba por agravá-la e normalmente danifica a pele, favorecendo o desenvolvimento de infecções cutâneas.

Embora seja quase sempre possível detectar a olho nu a presença dos piolhos e até das lêndeas, convém estar num local com uma forte fonte de luz e observar com atenção a zona afectada. Os piolhos adultos são mais fáceis de detectar devido ao facto de formarem uma espécie de crosta de cor acastanhada junto ao cabelo. Para além disso, quando são tocados ou picados costumam mover-se. Os piolhos adultos também costumam ser encontrados com frequência nas roupas infestadas como os chapéus, toalhas, lençóis ou roupa interior. As lêndeas são estruturas ovais e esbranquiçadas firmemente agarradas às raízes dos cabelos e completamente imóveis.

Nalguns casos, as picadas e o conseqüente acto de coçar originam lesões mais ou menos características que também podem ser facilmente observadas. São pequenas erosões na pele localizadas no couro cabeludo e atrás das orelhas.

#### 4.2 – TRANSMISSÃO

- O problema surge na maioria dos casos de forma epidémica nos estabelecimentos onde convivem inúmeras pessoas como por exemplo nas escolas.
- Um piolho não salta, não morre na cama e pode visitar várias cabeças num só dia. No caso de serem encontrados piolhos deve-se comunicar aos pais, à educadora ou auxiliar da sala para serem tomadas as devidas precauções.
- Os piolhos podem ser transmitidos a qualquer criança e o facto não está relacionado com falta de higiene, pois eles até preferem as cabeças limpas.
- Normalmente a transmissão é feita através do contacto directo ou mediante a utilização de utensílios pessoais infestados como peças de roupa, chapéus, ou pentes.

#### 4.3 – COMO EVITAR A PROPAGAÇÃO

- Aconselhar as crianças a não partilhar objectos tais como pentes, escovas, ganchos, chapéus e peluches, pois os piolhos podem viver por mais de 2 dias em objectos;
- Utilizar touca de banho nas piscinas pois os piolhos são resistentes à água;
- Quem tem o cabelo comprido deverá usá-lo apanhado;
- Inspeccionar a cabeça das crianças com alguma regularidade. Estar atento sobretudo às zonas mais húmidas e quentes, tais como a nuca e atrás das orelhas.
- Caso não seja encontrado nenhum piolho após a inspecção, não é necessário fazer qualquer tratamento preventivo.

#### 4.4 – ELIMINAÇÃO

- Aplicar um produto antiparasitário apropriado. Os produtos à base de permetrina são os mais recomendados para o tratamento da pediculose. As apresentações de produtos em espuma permitem a aplicação da permetrina no cabelo seco, permitindo a distribuição do produto em maior quantidade nas zonas críticas como a nuca e atrás das orelhas;
- Com o cabelo seco, os piolhos também ficam mais vulneráveis ao tratamento. Com o cabelo molhado têm tendência a fechar as vias respiratórias até meia hora pelo que o tratamento poderá ser menos eficaz;
- Seguir as indicações contidas no folheto do antiparasitário. Em caso de dúvida consultar o enfermeiro ou médico;
- É recomendada a aplicação do antiparasitário nos restantes membros da família;
- Após a aplicação do produto antiparasitário, é aconselhável a utilização de um champô específico de pós-tratamento por um período de 8 dias;
- Para garantir uma melhor eficácia, o antiparasitário deve ser reaplicado 8 dias após a primeira aplicação;
- Lavar com água a 60° as escovas, pentes, e todas as peças que estejam em contacto com a cabeça tais como: chapéus, bonés, roupa de cama, toalhas de banho, entre outros;
- Aspirar cuidadosamente a casa e o carro, em seguida deitar fora o saco do aspirador;
- Avisar na escola para que os pais de todas as crianças tenham os mesmos cuidados.

#### 4.5 – PREVENÇÃO DO SEU REAPARECIMENTO

As pragas de piolhos podem ser recorrentes, por isso devemos:

- Durante o período escolar, inspeccionar a cabeça das crianças semanalmente: direccionar uma luz para o couro cabeludo e pentear o cabelo com o pente próprio para as lêndeas;
- Manter o cabelo das crianças curto ou apanhado;
- Desinfectar frequentemente os objectos pessoais das crianças com água bem quente;
- Lavar os lençóis da cama e toalhas de banho frequentemente e a temperaturas elevadas;
- Evitar a partilha de objectos pessoais como chapéus, gorros, cachecóis, escovas e pentes, e ensinar as crianças a fazer o mesmo.

## 5 – SAÚDE ORAL

### 5.1 - DESENVOLVIMENTO DOS DENTES

A erupção dos primeiros dentes definitivos ocorre na idade escolar. PAPALIA (399:2001), citando Berhrman (1992), refere que os primeiros dentes começam a cair por volta dos seis anos, sendo substituídos por dentes definitivos a uma cadência média de quatro dentes por ano ao longo dos cinco anos seguintes. Os primeiros molares nascem por volta dos seis anos, os segundos por volta dos treze e os terceiros (vulgo dentes do siso) por volta dos vinte (fig. 1 e 2).



Fig. 5 - Dentição infantil



Fig. 6 - Dentição definitiva

(in Desdobrável Elgydium)

### 5.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO

Segundo a DGS (2005), a cárie dentária constitui “*um dos principais problemas da população infantil e juvenil [mas] se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes*”, pelo que a promoção da saúde oral constitui um importante papel e deve começar já na grávida.

A cárie dentária é provocada por bactérias que se colam aos dentes, dando origem à placa bacteriana que se alimenta do açúcar que ingerimos e que produz ácidos que vão destruindo os dentes de forma lenta e manifesta-se através de lesões cavitadas ou não (com ou sem perda visível de tecido dentário) que afectam os tecidos mineralizados do dente. Está relacionada com a destruição da camada externa dos dentes que é designada por esmalte dentário. O aparecimento das lesões de cárie está relacionado com a desmineralização provocada pela acidificação do meio oral, sendo primeiro uma mancha branca e posteriormente um buraco que se pode aprofundar, se a cárie não for tratada, até atingir a polpa que

tem vasos e nervos, provocando inflamação, dor e até mesmo abscessos. Em fases mais progressistas, pode levar à destruição completa do dente provocando a sua perda. O desenvolvimento deste processo é variável. A observação directa e experimentada é considerada um dos métodos mais efectivos de diagnóstico e se a cárie for conveniente e atempadamente tratada, pode ser interrompida a progressão das lesões. A higiene oral é o factor mais importante para evitar o aparecimento das doenças orais.

O enfermeiro desempenha neste âmbito um importante papel na educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis, neste caso através do ensino da saúde oral, diminuindo, conseqüentemente, a prevalência de doenças orais.

BATALHA (2001) refere que o enfermeiro deve recorrer à utilização de metodologias activas adequadas a cada estágio de desenvolvimento, tendo em conta o contexto socio-cultural, transmitindo a informação pela positiva, de forma simples e fraccionada e reforçar positivamente a participação e a mudança de comportamentos. Ou seja, é necessária a utilização de processos pedagógicos facilitadores da aprendizagem de forma a que os envolvidos no processo participem de forma activa na compreensão e análise das experiências vividas, de maneira a adquirirem os saberes e motivação necessários à adopção de comportamentos saudáveis, de modo informado, consciente e responsável.

Na consulta de enfermagem de saúde infantil, o profissional deve avaliar a saúde oral das crianças em busca da presença de cáries, encaminhando, sempre que necessário e segundo a DSG (2005), para o gestor do programa no Centro de Saúde. Por outro lado, é ele que, de acordo com BATALHA (2001), desempenha um importante papel no apoio e ajuda contínua na aquisição de hábitos de vida que promovam a saúde oral (alimentação, higiene oral, etc). Deverá, durante a condução das acções educativas para a saúde, ter em conta os hábitos culturais das famílias em relação às práticas de higiene e à alimentação para que possa actuar efectiva e eficazmente, adequando os seus ensinamentos à realidade dos seus alvos. De ter ainda em conta que se a criança tiver um papel activo nessas acções educativas os efeitos pretendidos tornam-se mais eficazes.

Em pediatria, o enfermeiro deve ter em especial atenção que o papel da família é preponderante na aquisição de valores e princípios básicos para a promoção da saúde, sendo, por isso, o seu foco de atenção a criança e família, nomeadamente os pais, pelo que é fundamental a sua participação “na programação das actividades de modo a poder resolver-se eventuais resistências que inclusivamente podem ser desconhecidas dos técnicos e serem devidas a idiosincrasias micro-culturais. (...) É fundamental que o programa seja «continuado» e reforçado em casa e não (...) descredibilizado pelas práticas domésticas” (DGS, 2001).

### 5.3 - A HIGIENE DENTÁRIA

Ao cuidar da sua saúde oral a grávida estará a promover a saúde do seu filho. De acordo com a DGS (2005), “em caso de gravidez programada, a futura mãe deverá fazer todos os tratamentos dentários necessários a uma boa saúde oral. Se já estiver grávida e tiver dentes cariados ou doença periodontal, não deve deixar de proceder ao necessário tratamento”. É também nesta fase que se deve aproveitar para fazer o

ensino à futura mãe acerca dos “cuidados a ter com a alimentação e higienização da boca da criança, especialmente após a erupção do primeiro dente” (DGS, 2005).

Como já se mencionou, a DGS (2005) recomenda que a higiene oral deve-se iniciar logo após a erupção do primeiro dente, devendo ser incorporada na rotina da higiene diária do bebê. Assim, deverá ser feita pelos pais duas vezes por dia, “utilizando uma gaze, uma dedeira ou uma escova macia, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/ml) de fluoreto, sendo uma das vezes, obrigatoriamente, após a última refeição. (...) A quantidade de dentífrico a utilizar deve ser idêntica ao tamanho de uma unha do 5º dedo da mão da própria criança” (DGS, 2005). À medida que se denota um desenvolvimento da criança, esta deve iniciar-se progressivamente na escovagem dos dentes, sempre sob vigilância. A DGS (2005) reforça ainda que deverá ser dada aos pais “informação sobre alimentação, factores de cariogenicidade e a importância de prevenir as cáries precoces na infância, (...) o bebê, a partir de 1 ano de idade, não deve usar prolongadamente o biberão nem adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos. (...) É absoluta contra-indicação a utilização de chupetas com açúcar ou mel”.

Dos 3 aos 6 anos de idade, a criança gosta de imitar os outros, explorar o que a circunda, procuram a aprovação social e as rotinas dão-lhe segurança, sendo nesta fase que desejam autonomia (WONG, 1989). Por isso, é agora que vai obtendo o hábito da higiene oral, devendo a escovagem dos dentes ser estimulada. Segundo a DGS (2005),

*“a escovagem dos dentes, com um dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/ml) deve continuar a ser realizada pelos pais, dependendo da destreza manual da criança, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. A quantidade de dentífrico a utilizar é (...) idêntica ao tamanho do 5º dedo da mão da própria criança”.*

A alimentação assume um importante papel na prevenção das doenças orais e é nesta fase que a criança obtém a maior parte dos comportamentos alimentares. Por isso, deve-se privilegiar uma alimentação diversificada, sendo desaconselhada a ingestão de alimentos doces, especialmente fora das refeições. BATALHA (2001) refere que “a comer fora das refeições, que seja fruta ou vegetais e que (...) os alimentos açucarados devem ser consumidos preferencialmente no final das refeições, seguidos de higiene oral”. Mais uma vez se salienta que o enfermeiro deverá ter em atenção que, de acordo com a DGS (2005),

*“quando os pais dão aos filhos pão achocolatado ou outros alimentos açucarados (...), estão, com frequência a dar não apenas um alimento mas também e, até talvez, principalmente, afecto, tentando colmatar lacunas que possam ter na relação com os seus filhos, mesmo que não tenham consciência desse facto. (...) [Por isso], é importante desenvolver estratégias de Educação para a Saúde que não culpabilize os pais, porque estes, intrinsecamente, desejam sempre o melhor para os seus filhos, embora não consigam, por vezes, colocá-lo em prática”.*

As crianças com mais de 6 anos de idade deverão realizar a sua própria escovagem diária dos dentes, utilizando, segundo a DGS (2005),

*“um dentífrico fluoretado, idêntico ao dos adultos (...) com um teor de fluoreto entre 1000 e 1500 ppm (mg/ml), numa quantidade aproximada de um centímetro, [devendo a escovagem] ser efectuada duas vezes por dia, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. Se a criança não tiver destreza manual, (...) esta actividade [deve ser] apoiada ou mesmo executada pelos pais”.*

Na adolescência, passa-se a valorizar o plano estético e relacional, pelo que a higiene oral pode representar um papel importante na auto-imagem. Por isso, é importante promover a saúde oral de forma a salientar as suas vantagens neste campo, para além do carácter sanitário.

Tal como refere a DGS (2005),

*“pela dificuldade em mudar comportamentos, principalmente de forma estável, é aconselhável adequar os objectivos às realidades. Será preferível actuar sobre um ou dois comportamentos sobre os quais a caracterização inicial nos permitiu depreender que será possível obtermos resultados positivos, em vez de tentar actuar sobre todos os comportamentos que desejaríamos alterar, não conseguindo alterar nenhum deles”.*

Sendo esta acção de formação dirigida à comunidade cigana do Bairro das Murtras, em Alvalade, Lisboa, e tendo em conta as características desta população, esta irá centrar-se na técnica de escovagem dos dentes.

### **5.3.1 - A Escovagem dos Dentes**

De acordo com a DGS (2005), a escovagem dos dentes deverá ser feita pelo menos duas vezes por dia, uma antes de deitar, com uma escova de tamanho apropriado à boca do utilizador e deverá ser intransmissível. As fibras deverão ser de nylon com extremidades arredondadas e textura macia e, quando começarem a ficar deformados, deverá proceder-se à substituição da escova (normalmente de três em três meses). A quantidade de dentífrico a utilizar deverá ser a mencionada anteriormente de acordo com a idade. Após a escovagem dos dentes, pode-se apenas cuspir o excesso de dentífrico mas também se pode bochechar com um pouco de água. Após a técnica, a escova deverá ser guardada num local seco e arejado, com as fibras viradas para cima, de preferência num copo de material resistente à água, tendo em atenção que várias escovas não devem contactar umas com as outras.

Para que a escovagem seja eficaz (remova a placa bacteriana), a DGS (2005) recomenda que seja feita com rigor e demore 2 a 3 minutos. Pode ser utilizada uma escova manual ou, se preferir ou se houver pouca destreza manual, uma escova eléctrica. No caso de uma escova de dentes manual, a DGS (2005) recomenda a seguinte técnica (Fig 3):

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova;
2. Inclinam a escova em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão;
3. Escovar dois dentes de cada vez, fazendo aproximadamente dez movimentos (ou cinco, no caso de crianças até aos seis anos);
4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;
5. Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência;
6. Proceder do mesmo modo para o outro maxilar.

7. Escovar as superfícies mastigatórias com movimentos de vaivém;
8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água (desta forma, os fluoretos do dentífrico actuam mais tempo sobre os dentes).



Fig. 7 – Técnica de escovagem dos dentes (in Desdobrável Elgydium)

No caso de uma escova eléctrica, a sequência é a mesma. O movimento é feito automaticamente e não se deve pressionar contra os dentes ou efectuar movimentos acessórios.

Ter em especial atenção que a DGS (2005) recomenda que se evite a utilização de dentífricos com sabores ditos agradáveis (fruta, pastilha elástica...) de forma a evitar a sua ingestão por parte das crianças, prevenindo assim o consumo em excesso de fluoretos (estão descritos casos de fluorose resultantes do abuso de dentífricos).

### 5.3.2 - O Revelador de Placa Bacteriana

O revelador de placa bacteriana possibilita a avaliação da higiene oral e leva a um melhoramento da técnica de escovagem porque permite a visualização da placa, levando a que a criança a partir dos seis anos de idade perceba que os seus dentes têm de ser limpos com cuidado através do aperfeiçoamento do método de escovagem ao mesmo tempo que a motiva para o auto-cuidado.

O revelador de placa mais utilizado é a eritrosina. A solução mais corrente encontra-se sob a forma de gotas e tem duas formas de se utilizar:

- Diluir três gotas da solução em 1/3 de um copo de água e bochechar, tendo o cuidado de não engolir;
- Colocar três gotas da solução directamente sobre a língua ou num cotonete e espalhar sobre os dentes.

Se a placa bacteriana estiver presente, observar-se-á uma coloração vermelha, indicando o local onde precisa de ser eliminada (onde a escovagem não foi eficaz).

## **6 – AVALIAÇÃO**

Os programas de saúde escolar, desenvolvidos dentro de parcerias comunitárias, proporcionam por um lado uma das formas mais eficazes em termos de custo-benefício para atingir as crianças em idade escolar, os adolescentes e as comunidades em geral e, por outro lado, são um meio sustentável de promover hábitos de vida saudáveis.

Assegurar que as crianças permaneçam saudáveis e garantir o processo de aprendizagem são duas componentes essenciais de um sistema de educação eficaz. A salubridade aumenta a frequência escolar e reduz o absentismo, trazendo para a escola mais crianças dos meios mais pobres e desfavorecidos. São estas crianças, que são na maior parte das vezes as menos saudáveis e mais malnutridas, as que tiram maior proveito educacional de uma saúde melhor.

Na cultura cigana, o absentismo escolar ainda se encontra em grande parte relacionado com as tradições, crenças e vivências do povo. Por isso, aliado à frequência escolar, são necessárias formas complementares de promover a educação para a saúde.

No âmbito do projecto do Reino da Imaginação em que foi solicitada a nossa participação, podemos dizer que, ao longo das três acções de formação, o número de crianças que assistiram foi variável.

De um universo de 23 crianças inscritas, na primeira sessão contámos com a comparência de quinze crianças e, inicialmente, seis mães apesar de no final se encontrarem só duas (as restantes foram-se ausentando devido aos afazeres domésticos), pelo que a eficácia da sessão para as mães só pôde ser avaliada com as que permaneceram (Anexo III). No geral, poder-se-á dizer que os conteúdos expostos foram apreendidos, visto que mais de 86,6% das crianças responderam correctamente às questões colocadas no final. A questão cuja resposta se revelou mais incompleta foi acerca das situações em que é imperativa a lavagem das mãos: cerca de 10 crianças responderam de forma incompleta, pelo que foi reforçado o ensino neste campo. Esta questão foi ultrapassada visto que a totalidade das crianças foi capaz de responder correctamente e de forma completa quando interrogadas no início da sessão seguinte. As mães mostraram-se bastante interessadas, cooperando também ao longo da sessão e incentivando os seus filhos à participação. No final não demonstraram dúvidas nos conteúdos abordados. Oferecemos material de higiene pessoal (champô e sabonete) e, ao serem questionadas na sessão seguinte sobre as temáticas abordadas nas sessões anteriores, pudemos constatar que,

efectivamente, tinham aprendido e tinham procurado colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos, tendo utilizado na totalidade o material fornecido. Na parede do apartamento do Reino da Imaginação afixámos um poster alusivo a cada um dos conteúdos partilhados naquele dia para que as crianças tenham presentes os cuidados essenciais para a manutenção uma boa higiene pessoal (Anexo IV).

Na segunda sessão estiveram presentes nove crianças. Apesar de ter sido solicitada a presença dos pais nas sessões, nesta só contámos com a participação das crianças, dado que os primeiros foram convocados para uma reunião com a assistente social do CSPCG. A apresentação consistiu numa teatralização, o que contribuiu para captar a atenção das crianças ao mesmo tempo que eram incentivadas à participação, resultando assim numa melhor assimilação dos conteúdos. Genericamente, os conteúdos expostos foram apreendidos dado que cerca de 77,8% das crianças responderam correctamente às questões colocadas no final (Anexo VII). Houve, no entanto, duas questões em que duas crianças deram respostas mais incompletas: como se faz a transmissão dos piolhos e como se evita a sua transmissão, tendo sido, por isso, reforçado o ensino nestes campos. As crianças têm de permanecer no apartamento do Reino da Imaginação das 18 às 19 horas e, como a sessão terminou antes do final desse período, foi-lhes proporcionada a oportunidade de exprimirem através de desenhos (Anexo VIII) o que tinham aprendido, de onde se pôde constatar que tinham, efectivamente, compreendido o que tinha sido exposto. Às questões cujas respostas foram anteriormente incompletas as crianças foram capazes de, através dos referidos desenhos, mostrar que tinham superado as falhas anteriormente demonstradas. Para além disso, quando interrogadas no início da sessão seguinte, foram capazes de responder clara e correctamente. No final desta sessão foram distribuídas embalagens de soluções anti-parasitárias com respectivo pente de dentes finos e um yô-yô de oferta.

Na terceira sessão contámos com a presença de onze crianças. A apresentação consistiu numa exposição oral e demonstração prática da técnica de escovagem dos dentes para manutenção de uma boa higiene oral. Foram distribuídos panfletos com a constituição da Dentição Infantil e Dentição definitiva (Anexo XI). Este ensino foi reforçado com a visualização do DVD “Dr. Dentolas e a Lenda do Reino dos Dentes”, editado pela Colgate. Este método de ensino revelou-se bastante enriquecedor pois permitiu uma clarificação e consolidação dos conhecimentos anteriormente transmitidos, captando claramente a atenção das crianças através do filme de banda desenhada. Foi feita a distribuição de um kit que incluía escova de dentes, duas pastas de dentes e um pente de cabelo. A avaliação da sessão foi feita através do teste revelador de placa após a escovagem dos dentes supervisionada por nós e apenas 3

crianças apresentaram alteração da coloração dos dentes após a mesma, donde podemos considerar que os conteúdos expostos foram globalmente apreendidos (cerca de 72,7% das crianças utilizaram correctamente a técnica de escovagem dos dentes) (Anexo X). Na porta do WC do apartamento do Reino da Imaginação afixámos um poster, oferecido pela Elgydium, ilustrativo de uma escovagem correcta dos dentes (Anexo XI). No final da sessão distribuámos o desdobrável da DGS “Saúde Oral: Escovagem dos dentes, Como fazer?” (Anexo XIII) e desenhos para colorir alusivos ao tema (Anexo XVI).

A realização destas sessões de ensino foi para nós extremamente gratificante pela oportunidade que nos deu de, não só através da pesquisa bibliográfica como também do contacto directo com entidades (instituições) e parceiros da comunidade, conhecer as crenças, valores e tradições da população de etnia cigana. Isto facilitou-nos o desenvolvimento da empatia e interacção com as crianças e mães de etnia cigana moradoras no bairro das Murtas, o que fez com que, a nosso ver, as sessões de educação para a saúde fossem tão proveitosas para nós como para os receptores.

## 7 – BIBLIOGRAFIA

CHAVES, Maria Helena Torres - **Que sorte, Ciganos na nossa escola!**. Ed. Secretariado Entreculturas (Ministério da Educação), Coleção Interface. Lisboa, 2001. ISBN 972-8339-29-1.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar** – Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

LEININGER, Madeleine – **Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices**. 2ª Edição. New York: Mc Graw-Hill, 2002. 621p. ISBN 978-0071-353-977.

LIÉGEOIS, Jean-Pierre – **Ciganos e Itinerantes: Dados socioculturais e dados sociopolíticos** – Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1989. 229p. ISBN 92-871-0790-4.

LOPES, Daniel Seabra – **Deriva cigana: um estudo etnográfico sobre os ciganos de Lisboa**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2008. 410 p. ISBN 978-972-671-216-9.

NEVES, Cristina Alexandra Brás - **A criança com doença crónica e seus pais**. Nursing. 2001.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos – **O Mundo da Criança**. 8ª ed. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

SAÚDE, Direcção Geral de. - **Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização 2005** – Lisboa: DGS, 2005. 97p. ISBN 972- 675-137-3.

TOMEY, Ann Marrier, et al. - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Loures : Lusociência, 2004. p. 750. ISBN 972-8383-74-6.

WONG, Donna L. - **Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989. p. 910. ISBN 85-277-0506-0.

## SITIOS

<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> acedido em 15 de Maio de 2010.

<http://www.dgs.pt/> acedido em 15 de Maio de 2010.

<http://www.google.pt/images?q=piolho&um=1&hl=pt-PT&tbs=isch:l&sa=N&start=120&ndsp=>

20 acedido em 20 de Maio de 2010.

<http://www.google/images.com> acedido em 20 de Maio de 2010.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

Listagem das crianças de etnia cigana do bairro das Murtas

**CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DO CAMPO GRANDE  
ÁREA DE INTERVENÇÃO SÓCIO-PEDAGÓGICA**



**REINO DA IMAGINAÇÃO**

**Listagem Crianças de Etnia Cigana do Bairro das Murtas**

	Nome	D.N	Ano
1	Alicia	-	3º
2	Ansisa Vitorino	04-02-2003	1ºB
3	António Vitorino	06-01-1999	3ªA
4	Aurélio Vitorino	30-10-2000	3ºB
5	Daniilo Maia Grilo	25-05-1999	4ºC
6	Dianna	27-02-2003	1ªA
7	Diogo Marques	29-01-2002	1º A
8	Fernando Gil Maia Garcia	24-04-2001	3º A
9	Gonçalo Marques Vitorino	01-11-2003	1º A
10	Guida	10-08-2001	3ªA
11	Hugo	02-08-2000	2º B
12	Iuri Maia Grilo	25-05-1999	4ªA
13	Lisandra Guimar	20-04-1997	2º B
14	Maisa	-	2º
15	Marco Rui Pedro Marques	11-06-2003	1ºB
16	Micaela Silva Santos	11-08-1999	4ªA
17	Patricia Teles Raminhos	10-12-2003	4º C
18	Paulo	-	3º
19	Rafael André Teles Raminhos	13-10-1996	4º C
20	Sandra Melissa Vitorino Serrano	21-07-2003	1ªA
21	Tito Moraes Fonseca Guimar	01-09-2001	2º B
22	Valdemar	31-10-2000	3º
23	Valdir Conceição Raminhos Lito	06-01-2000	4º A

## ANEXO II

Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

## PLANO DA SESSÃO LÚDICO/PEDAGÓGICA

**Tema:** Higiene Pessoal.

**Grupo a que se destina:** 23 crianças e suas mães de etnia cigana a residir no bairro das Murtas com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (a frequentar o 1º ciclo).

**Local:** Apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas.

**Data e hora:** 17 de Maio de 2010 das 18 às 19 horas.

### Objectivos:

- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene pessoal;
- Promover hábitos diários de higiene capilar, genital, à pele, às mãos, pés, unhas, e de vestuário;
- Prevenir problemas decorrentes da falta de higiene pessoal.

**Prelectoras:** Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade;  
Leonor Gil - Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

**Parceria:** Equipa do Reino da Imaginação do Centro Social e Paroquial do Campo Grande - Rita Figueiredo (Assistente Social), Nuno Ribeiro (Monitor) e Marta Rego (Monitora); Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Alvalade (enf.<sup>a</sup> Isabel Melícias e enf.<sup>a</sup> Carlota Sousa).

**Apoio:** Hotel Quinta das Pratas - Cartaxo.

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
<b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Apresentação das prelectoras e do grupo</li><li>– Apresentação do tema e sua importância</li></ul>	Expositivo		5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Banho corporal</li><li>– Lavagem do cabelo</li><li>– Lavagem das mãos</li><li>– Higiene genital</li><li>– Cuidados às unhas<ul style="list-style-type: none"><li>. Higiene</li><li>. Corte</li></ul></li><li>– Cuidados com o vestuário<ul style="list-style-type: none"><li>. Lavagem</li><li>. Adequação ao corpo e estação do ano</li></ul></li></ul>	Expositivo/ Participativo Interactivo	Data-Show Champô Gel de banho Sabonete	30 Minutos
<b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Breve síntese de sessão</li><li>– Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Participativo Exposição dialogada		5 Minutos
<b>Avaliação de conteúdo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Teste formativo</li><li>– Correção do teste</li></ul>	Perguntas feitas oralmente com apoio de guião	Teste formativo formato A4	20 Minutos

### ANEXO III

Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

### Guião de avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Pessoal

Tendo em atenção de que estamos a lidar com crianças em idade escolar...

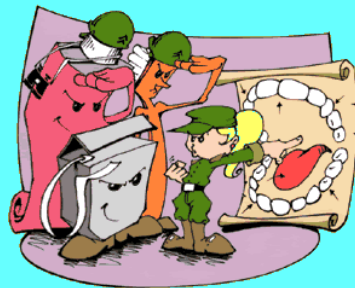
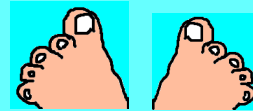


Questão	Número de respostas certas		Número de respostas erradas		Número de respostas incompletas	
	Mães	Crianças	Mães	Crianças	Mães	Crianças
Presentes no final da sessão: 15 crianças + 2 mães						
Quando é que se deve tomar banho?	2	13		2		
Qual é a forma mais higiénica de tomar banho?	2	13		2		
Como devem tratar do vosso cabelo? Que cuidados devem ter?	2	15				
Quando é que devem sempre lavar as mãos?	2	5				10
Como é que devem estar as unhas e porquê?	2	15				
Como devem ser cortadas as unhas dos pés?	2	15				
Como é que as meninas se devem limpar depois de fazer xixi?	2	15				
O que é que os meninos devem fazer depois de fazer xixi?	2	15				
Depois de tomar banho devem vestir a mesma roupa?	2	15				
Que tipo de roupa é que devem vestir?	2	15				
No verão, como é que deve ser a roupa que vestem?	2	15				
E no inverno? Como é que deve ser a roupa que vestem?	2	15				
E o calçado? Como é que deve ser no Inverno?	2	15				
E no verão?	2	15				

ANEXO IV  
Poster – Higiene Pessoal



# Higiene Pessoal



Autoras: Universidade Católica Portuguesa de Lisboa  
\*Margarida Gil - Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Saúde Infantil e Pediátrica  
\*Mafalda Cruz - Mestranda em Enfermagem na Área de Especialização Saúde Comunitária

Orientadoras: Centro de Saúde de Alameda  
\*Cristina Sousa - Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária  
\*Margarida Nélson - Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Fontes:  
\*www.pedagogiaonline.org  
\*www.pedagogiaonline.org  
\*www.pedagogiaonline.org  
\*www.pedagogiaonline.org

ANEXO V

Plano da Sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

## PLANO DA SESSÃO LÚDICO/PEDAGÓGICA

**Tema:** Pediculose.

**Grupo a que se destina:** 23 crianças e suas mães de etnia cigana a residir no bairro das Murtas com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (a frequentar o 1º ciclo).

**Local:** Apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas.

**Data e hora:** 17 de Maio de 2010 das 18 às 19 horas.

### Objectivos:

- Sensibilizar as crianças e suas mães para a importância da higiene capilar;
- Alertar para o aparecimento de piolhos;
- Promover medidas de erradicação de piolhos e lêndeas;
- Prevenir distúrbios provocados pela pediculose.

**Prelectoras:** Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade;  
Leonor Gil - Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

**Parceria:** Equipa do Reino da Imaginação do Centro Social e Paroquial do Campo Grande - Rita Figueiredo (Assistente Social), Nuno Ribeiro (Monitor) e Marta Rego (Monitora); Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Alvalade (enf.ª Isabel Melícias e enf.ª Carlota Sousa).

**Apoio:** Picky (champô + pente + yo-yo).

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
<b>Introdução</b> – Apresentação dos prelectores e do grupo – Apresentação do tema e sua importância	Expositivo/ Participativo		5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b> – O que são piolhos – O que são lêndeas – Sinais e sintomas da existência de piolhos e lêndeas – Como se propagam – Como evitar a propagação – Como se eliminam – Como se previne o reaparecimento	Expositivo Demonstrativo Interactivo Teatralização	Peruca Avental Champô Pente	30 Minutos
<b>Conclusão</b> – Breve síntese de sessão – Esclarecimento de dúvidas	Exposição dialogada Interactivo		5 Minutos
<b>Avaliação de conteúdo</b> – Teste formativo – Correção do teste	Perguntas feitas oralmente com apoio de guião	Teste formativo formato A4	20 Minutos

## ANEXO VI

Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

## Guião de avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Pediculose

Tendo em atenção de que estamos a lidar com crianças em idade escolar...

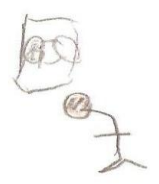
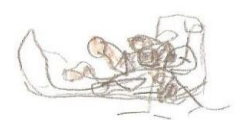
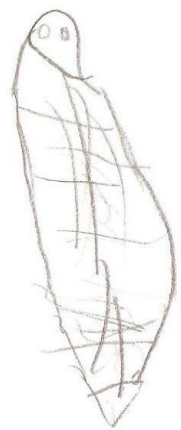


Questão Presentes no final da sessão: 8 crianças + 2 mães	Número de respostas certas		Número de respostas erradas		Número de respostas incompletas	
	Mães	Crianças	Mães	Crianças	Mães	Crianças
O que são piolhos?		9				
O que são lêndeas?		9				
Como é que sabem se têm ou não piolhos e lêndeas?		9				
E lêndeas?		9				
Como é que passam de umas pessoas para as outras?		7				2
O que é que se pode e deve fazer para não passarem os piolhos de uns meninos para os outros?		7				2
Como se matam os piolhos?		9				
O que é que se faz para não aparecerem outra vez?		9				

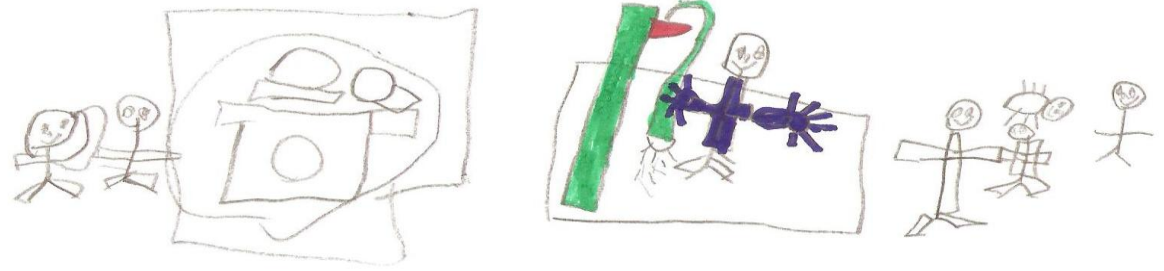
ANEXO VII  
Desenhos das crianças



CONSEJO BANOR



b  
Amos Marco



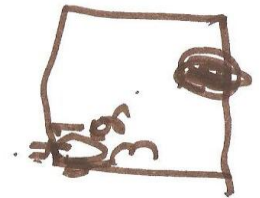
Patricia 7 anos



Diogo



8

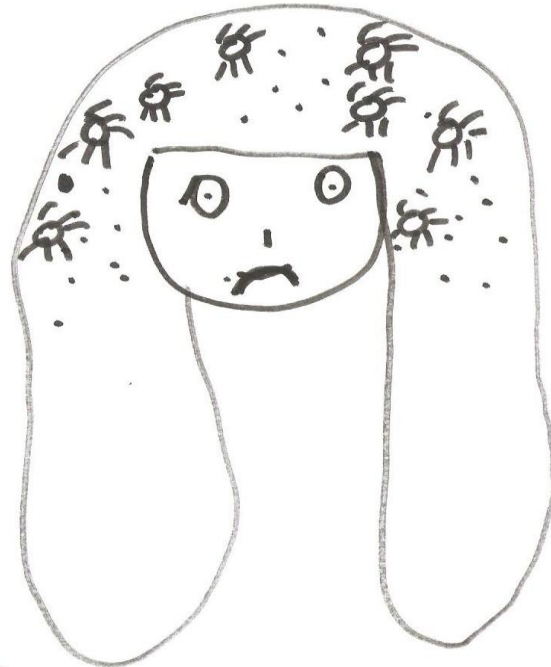


Guada Zamora  
Naiara

India



PIOLHO



fiollo

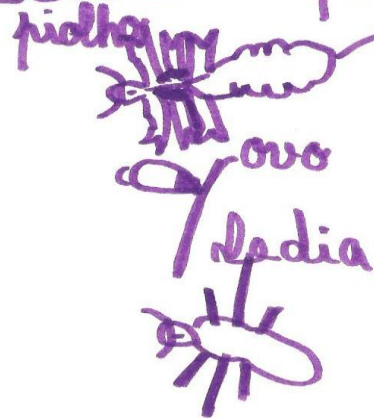
90  
ana9




sondia

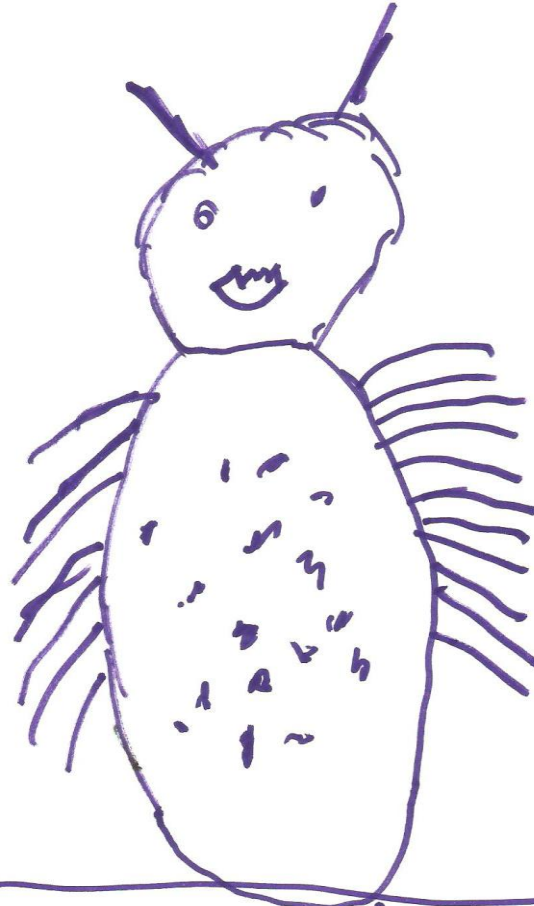


Alicia Lequeira Rodrigues 9 anos 3º ano A



PARA   
EVITAR QUE ISTO ACONTEÇA  
É PRECISO EVITAR USAR AS COISAS DOS  
OUTROS.

Valdir 10 ANOS

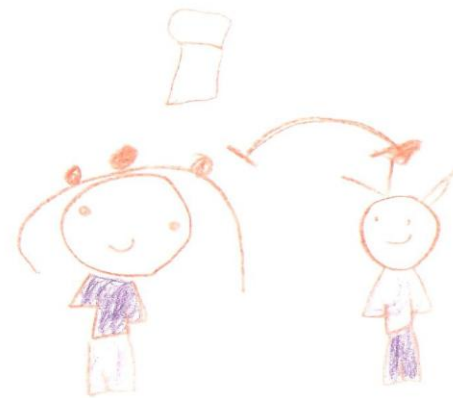


O que já sei sobre as folhas

Nunca se deve pôr os chapéus das  
massas amigas porque poderiam apertar  
folhas em certas partes que são  
o produto por as folhas.



nicola 10  
ANOS



**ANEXO VIII**

**Plano de Sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral**

## PLANO DA SESSÃO LÚDICO/PEDAGÓGICA

**Tema:** Higiene oral.

**Grupo a que se destina:** 23 crianças de etnia cigana a residir no bairro das Murtas com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (a frequentar o 1º ciclo).

**Local:** Apartamento cedido pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, Bairro das Murtas.

**Data e hora:** 17 de Maio de 2010 das 18 às 19 horas.

### Objectivos:

- Sensibilizar as crianças para a importância da higiene oral;
- Alertar para a ocorrência de problemas relacionados com uma higiene oral precária;
- Motivar as crianças para a escovagem dos dentes pelo menos 2 vezes por dia;
- Prevenir problemas decorrentes da falta de higiene oral.

**Prelectoras:** Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade;  
Leonor Gil - Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

**Parceria:** Equipa do Reino da Imaginação do Centro Social e Paroquial do Campo Grande - Rita Figueiredo (Assistente Social), Nuno Ribeiro (Monitor) e Marta Rego (Monitora); Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Alvalade (enf.<sup>a</sup> Isabel Melícias e enf.<sup>a</sup> Carlota Sousa).

**Apoios:** Pierre Fabre Oral Care (Elgydium), Hotel Quinta das Pratas - Cartaxo, Centro de Saúde de Sete Rios.

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
<b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação das prelectoras e do grupo</li><li>- Apresentação do tema e sua importância</li></ul>	Expositivo		5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Constituição dentária:<ul style="list-style-type: none"><li>. Quantos dentes temos e para que servem</li><li>. Dentes de leite</li><li>. Dentição definitiva</li></ul></li><li>- Problemas que podem surgir nos nossos dentes:<ul style="list-style-type: none"><li>. Tártaro</li><li>. Cárie dentária</li><li>. Inflamação da gengiva</li></ul></li><li>- Para manter uma dentição saudável:<ul style="list-style-type: none"><li>. Alimentos que não devemos comer em excesso</li><li>. Escovagem dos dentes (material necessário e como fazer)</li><li>. Visita ao higienista oral ou dentista</li></ul></li></ul>	Expositivo Demonstrativo Interactivo	<ul style="list-style-type: none"><li>. DVD "Dr. Dentolas e a lenda do Reino dos dentes"</li><li>. Folhetos arcada dentária</li><li>. Copo</li><li>. Escova de dentes</li><li>. Pasta dentífrica</li></ul>	30 Minutos
<b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Breve síntese de sessão</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Exposição dialogada		5 Minutos
<b>Avaliação de conteúdo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Escovagem dos dentes no final da sessão</li><li>- Teste revelador de placa</li></ul>	Participativo Interactivo	Copo Escova de dentes Pasta dentífrica Espelho Revelador de placa	20 Minutos

## ANEXO IX

Guião de Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral

**Avaliação da sessão lúdico/ pedagógica – Higiene Oral**



<b>Apresenta alteração da coloração dos dentes após a higienização</b>		
<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Duvidoso</b>
3	8	0

ANEXO X

Panfleto – Dentição Infantil, Dentição Definitiva



Dentição infantil



Dentição definitiva

(in Desdobrável Elgydium)

ANEXO XI

Póster – Como escovar bem os dentes (Elgydium)

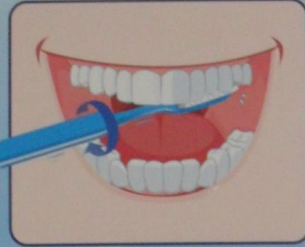
# COMO ESCOVAR BEM OS DENTES



## 1 COMEÇA COM OS DENTES DE CIMA



Primeiro escova a parte de fora dos dentes, com a escova inclinada, da gengiva em direcção ao dente



Depois escova as partes de dentro dos dentes com a escova na mesma posição.



Por fim escova as partes que mastigam com movimentos para trás e para a frente.

## 2 CONTINUA COM OS DENTES DE BAIXO



Escova a parte de fora dos dentes com a escova inclinada



Agora a parte de dentro

Os dentes da frente (incisivos), quer de cima quer de baixo, devem escovar-se com a escova na vertical, fazendo movimentos da gengiva para o dente.



É acabas a escovar os molares com movimentos para trás e para a frente. E não te esqueças de escovar a língua!

### CONSELHOS

Demora pelo menos 2 minutos a escovar os dentes para ficarem bem lavados e escova-os sempre pelo menos 2 vezes ao dia: uma de manhã e outra à noite.



Não escoves os dentes com muita força

Troca de escova de 3 em 3 meses e escolhe uma adequada à tua idade

Visita o dentista, ou higienista pelo menos 1 vez por ano.

PIERRE FABRE  
ORAL CARE

[www.elgydiumjunior.com](http://www.elgydiumjunior.com)

ANEXO XII

Folheto - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

5. Escovar as superfícies do lado da língua com a mesma sequência.



6. Proceder do mesmo modo no outro maxilar.



7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém.



8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água. Assim, os fluoretos do dentífrico actuam mais tempo sobre os dentes.

A escova de dentes é um objecto pessoal e intransmissível

Deve ser guardada em lugar seco, com os pêlos voltados para cima

A higiene oral é a medida mais eficaz para prevenir as doenças orais

Escove os dentes correctamente, pelo menos, 2 vezes por dia

Use um dentífrico com flúor

Utilize o fio dentário diariamente

Para mais informações consulte [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



## Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

Promover a Saúde - Prevenir as Doenças Orais



SAÚDE ORAL

Escovagem dos Dentes  
Como Fazer

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE  
DIVISÃO DE SAÚDE ESCOLAR

## Escovar os dentes

Escovar os dentes é essencial para a saúde. Previne o aparecimento da cárie dentária e das doenças das gengivas.



Os dentes devem ser escovados, pelo menos 2 vezes por dia, sendo uma delas à noite, antes de dormir.

A escovagem dos dentes com um dentífrico fluoretado:

- \* remove a placa bacteriana (conjunto de bactérias, saliva e restos de alimentos)
- \* promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes



Só com uma escovagem eficaz é que se consegue remover a placa bacteriana.

Os dentes devem ser escovados durante 2 a 3 minutos.

## Quando começar

Logo que os dentes nascem. São os pais ou quem cuida do bebé os responsáveis pela escovagem dos seus dentes.

## Dentífrico

É essencial que tenha flúor na sua composição (1000-1500 ppm).

Até aos 6 anos, deve colocar-se na escova uma porção de dentífrico semelhante ao tamanho da unha do dedo *mindinho* do bebé ou da criança.

A partir dos 6 anos, é suficiente usar cerca de 1 cm de dentífrico, por cada escovagem dos dentes.

## Escova de dentes

O tamanho deve ser adequado à boca de quem a utiliza.

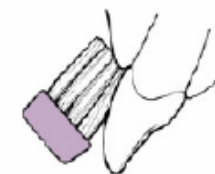
A textura deve ser macia ou média.

Deve ser substituída quando os pêlos começam a ficar deformados (normalmente de 3 em 3 meses).



## Como fazer

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova.
2. Incliná-la em direcção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares com pouca pressão.



3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos).



4. Escovar com uma sequência: começar pela superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto.

ANEXO XIII  
Desdobrável Elgydium

**ELGYDIUM**

Saúde Oral

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Dente Saudável

Labels: Esmalte, Dentina, Polpa, Sulco gengival, Cimento, Ligamento periodontal, Coroa, Gengiva, Raiz, Osso alveolar.

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Cárie Dentária

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Gengivite

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Periodontite

Labels: Saudável, Afectado.

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Sensibilidade dentinária

Labels: Exposição da dentina, Tubos dentinários, Estimulação nervosa, DOR.

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Técnica de escovagem

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**

Fita dentária

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

PIERRE FABRE ORAL CARE

**ELGYDIUM**  
Escovilhão interdentário

**ELGYDIUM**  
Dentição definitiva

- 32 dentes
- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 pré-molares
- 12 molares

**ELGYDIUM**  
Dentição infantil

- 20 dentes
- 8 incisivos
- 4 caninos
- 8 molares

**ELGYDIUM**  
Gengivite

**ELGYDIUM**  
Técnica de escovagem

**ELGYDIUM**  
Cárie dentária

ESPECIALISTAS EM SAÚDE ORAL

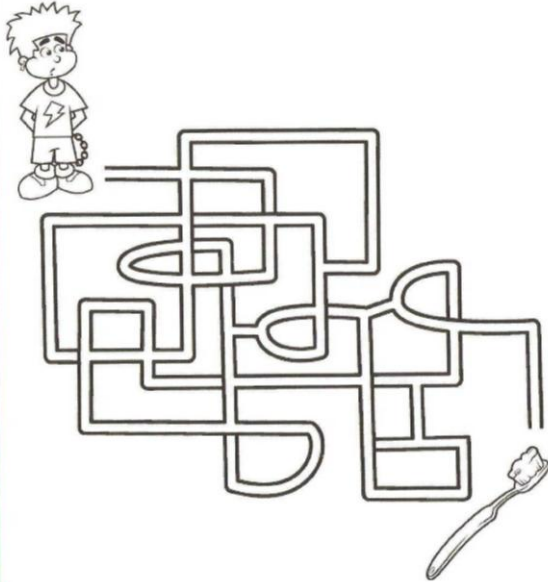
PIERRE FABRE ORAL CARE

ANEXO XIV

Desenhos para colorir – Higiene Oral

# Labirinto

Ajuda o menino a encontrar o caminho para a sua escova de dentes!



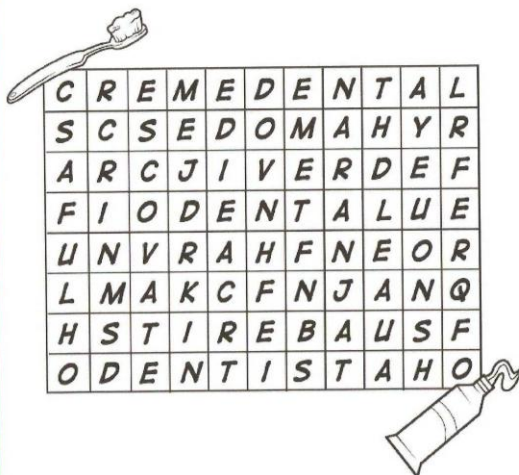
# Vamos Colorir!

Pinta a teu gosto



# Caça-Palavras

Encontra no diagrama abaixo 4 palavras que fazem parte da higiene oral.



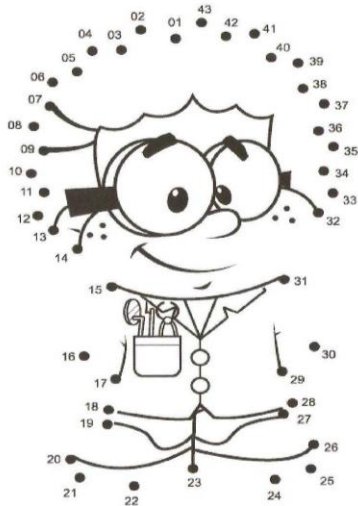
# Vamos Colorir!

Pinta ao teu gosto



## Liga os Pontos

Une os pontos seguindo a numeração.

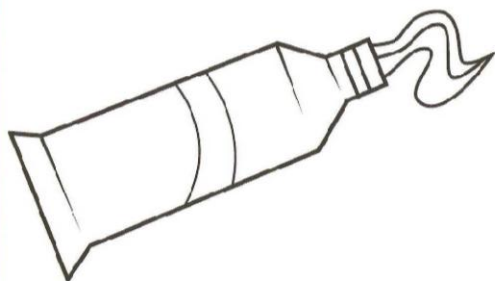
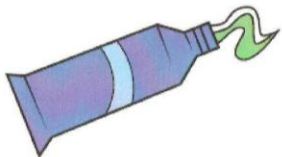


### Dentista

## Vamos Colorir!

Pinta a teu gosto!

## Vamos Colorir!



### Pasta de Dentes

## Vamos Colorir!



### Dentista

ANEXO III

Entrevista à Presidente do Secretariado Diocesano de Lisboa da Pastoral dos Ciganos

**Entrevista com Dra. Fernanda Eugénia Nunes dos Reis**, Presidente do Secretariado Diocesano de Lisboa da Pastoral dos Ciganos. Telefone: 218406698

**19 Maio 2010**

Uma família é tanto mais forte quanto mais homens houver nessa família.

Na família cigana, o elemento fulcral não é o indivíduo, é a família, não só a nuclear como a alargada. Qualquer elemento dá conta à família nuclear e à alargada.

A criança não corre riscos, é da total responsabilidade dos pais mas movimenta-se à vontade entre outros elementos. Normalmente, não há maus tratos físicos, podem tentar assustar a criança mas não a agredem. Têm muita dificuldade em contrariar os filhos; quando têm dinheiro, privilegia-se os doces na alimentação.

Divisão nítida entre homem e mulher até desde o nascimento. Qualquer criança é bem-vinda mas o rapaz é mais festejado. Numa família com muitos homens há mais poder, até em situação de confronto.

As meninas têm muitas obrigações, são responsabilizadas muitas vezes pelas tarefas domésticas e por cuidar dos irmãos. Às vezes são responsabilizadas por maus actos praticados pelos irmãos mais novos.

O contacto com a escola que é uma instituição não cigana, é muito recente por causa do nomadismo. Não é fácil para a escola acolher crianças de etnia cigana nem é fácil para as crianças integrarem-se na cultura e regras da escola. Os não ciganos ainda reagem mal a crianças ciganas.

Hoje em dia as meninas também já vão à escola.

Os meninos são muito mimados, casam muito cedo, não lhes é permitido o namoro. Hoje há muitas separações.

Com a ida das crianças para a escola, de uma maneira geral as raparigas são muito mimadas, continuam a casar muito cedo e de repente passam a ter muitas obrigações e a situação pode ser complicada. Há muitas separações na actualidade. No casamento a menina sai da sua família para ir viver com a família do marido. É educada para ser forte e suportar o rompimento com a sua família e ir viver com a sogra. O casal passa a estar sob a tutela da sogra e têm de esvaziar-se dos seus saberes para adquirir os da sogra. A relação com a sogra é muito difícil, a sogra influencia o marido e maltratam os dois a esposa.

Recentemente foi introduzida a droga que neste grupo os efeitos são ainda mais graves ficando os jovens muito violentos, o que muitas vezes leva a separações. As camadas jovens consomem muito o que altera a sua personalidade.

O casal, com o nascimento do primeiro filho tem direito a mais autonomia como casal e a esposa atreve-se a enfrentar a sogra.

Há uma ligação fortíssima entre todos os elementos da família, a família está presente em todas as ocasiões (festa, luto e dor).

Hoje as pessoas de etnia cigana passam das barracas para o apartamento que para eles é um fenómeno grave.

Antigamente os ciganos ocupavam-se do fabrico e venda de cestaria, flores de papel, da tosquia e comércio de animais. Com a industrialização e a passagem para as casas de realojamento essas tradições foram-se perdendo e passaram a dedicar-se ao comércio do calçado, de roupa, de materiais contrafeitos.

Nos apartamentos, passam das vendas tradicionais para a venda de artigos. As feiras estão a diminuir, materiais contrafeitos dão prejuízo (são apreendidos, dá multa e são presos). Como agora têm de alterar a sua forma de estar e fazer face às despesas mensais (renda, água, luz, etc.) têm tendência a fechar-se ainda mais sobre si próprios e valorizar ainda mais os seus costumes.

As mentalidades do povo de etnia cigana não evolui rapidamente, quanto mais vão ficando à margem da sociedade, mais valorizam as suas regras, crenças e costumes.

Gastavam as suas economias diariamente, vivem o dia-a-dia. Quando têm dinheiro gastam tudo, quando não têm são capazes até de passar fome.

Hoje dão-lhes casas e não sabem gerir o orçamento para pagar a renda e contas de água e luz, fazem ligações directas da rede pública.

Casam muito cedo. Antigamente era feito em idade natural. Passaram a ser feitos na puberdade e actualmente as crianças não estão preparadas para assumirem o papel (assumem vários papéis como escola, afazeres domésticos, etc.). São “guardadas à vista” para permanecerem virgens. Não há namoro e o casamento é combinado. Casa-se cedo, não há profissão rentável, não têm meios de subsistência. Por isso, ficam com os pais. Os solteiros e solteiras não estão preparados para a vida, não acabam a escolarização.

As meninas têm que ser guardadas, não há namoro, combinam-se os casamentos entre as famílias.

Quando casam não têm meios de subsistência e não saem de casa. Acontecem muitos casamentos e há vários casais a viver na mesma casa.

Tornam-se um grupo de alto risco, há convivência de muitos elementos e muitos casais na mesma casa o que não é bom. As discussões entre casal tornam-se públicas.

Têm muitos cuidados com a higiene alimentar. O alguidar da loiça não era o mesmo de lavar as mãos e cozinhar (era outro). O pai, a mãe e os filhos dormem todos juntos e na altura da puberdade quando ainda são solteiros é que se separam.

As meninas aos 12 anos saem da escola para serem guardadas e preparadas para casar. os homens são “solteirinhos” e podem fazer o que quiserem.

Os meninos saem da escola e não têm trabalho e nem ocupação.

Nestas idades ainda têm um nível muito elevado de ignorância e falta de preparação para a vida. “Ignorância fora de tempo”.

O homem é a referência da família mas é muito dependente da mulher, sendo esta muitas vezes detentora das leis e luta por elas. Da cigana, espera-se que trabalhe, trate bem da casa e da família. Eles muitas vezes são os acompanhantes.

As mulheres é que vendem nas ruas, os homens guardam-nas da polícia.

Já fazem o parto no Hospital, mas já antes o parto era feito numa barraca à parte.

Aderem muito bem às vacinas porque gostam muito dos seus meninos e querem protegê-los, já perceberam que vacinar as crianças é bom e querem o melhor para elas. A matrícula na escola também está muito naturalizada mas a frequência e a aprendizagem é mais difícil. Têm que ser ensinados estimulando o lado afectivo (é melhor para o filho pois ele não pode ser menos que os outros, etc.), argumentos de que eles precisam do que lhes ensinamos.

Hoje em dia as feiras já não os sustentam e então experimentam coisas para vender como ouro falso, óculos de sol, etc., têm que se instruir para terem lugar na sociedade como as outras pessoas.

O Rendimento de Inserção Social ajuda a eles irem à escola mas devia haver avaliação, ver se eles estão a tirar aproveitamento e não andarem na escola sem qualquer aproveitamento só para garantir esse rendimento. Há que respeitar a sua cultura mas escolarizá-los e inseri-los também na nossa sociedade.

Os ciganos dividem-se em várias categorias e preza-se o casamento e não o namoro. Assim,

- Criança;
- Solteirinhos;
- Casados;
- Viúvos.

Ser casado dá dignidade. Ser solteiro é ser olhado como miúdo. Para as mulheres é importante que tenham o primeiro filho.

Muitas mulheres já aderiram ao planeamento familiar muitas vezes sem o marido saber pois estes consideram que se a mulher não quer ter filhos é porque quer fazer qualquer coisa com outro (há sempre desconfiança de infidelidade). A natalidade entre os ciganos diminuiu. Os casais com mais filhos são os que vivem pior. Hoje diminuiu o número de crianças nas famílias ciganas. O normal é 4 ao longo da vida, agora. Quando as mulheres pretendem controlar o nascimento dos filhos com métodos contraceptivos têm que esconder do marido e da restante família.

As viúvas vestem roupa preta, não voltam a casar e o cabelo é cortado muito rente para sempre. O cabelo é uma virtude, é elemento importante de adorno da mulher. Para além da roupa preta, espera-se que a viúva não volte a casar. Aqui ainda se corta o cabelo rente na maior parte dos casos. Se houver concordância da família e se acham que a mulher é muito nova e pode casar de novo, pode acontecer abdicarem desta tradição. O corte de cabelo significa um corte com a vida (não esquecer que as ciganas valorizam muito o seu cabelo e lhe dedicam muita atenção). A mulher fica muito ligada ao morto, tem de ir ao cemitério todos os dias, tem de esvaziar a casa e durante muitos anos não podem frequentar festas. Durante o primeiro ano, não podem lavar a roupa que envergam no corpo (a roupa é feita de uma flanela grossa preta) e teoricamente não se deviam lavar também. Após cortar o cabelo, a viúva coloca uma fita de tecido branco (tipo freira), usa roupa sem botões, saia franzida até aos pés, sapatos acalcanhados. No cabelo, usam um pano quadrado grande dobrado em triângulo; é chamado de manto e é preso com alfinetes por dentro, ficando toda envolta. A viúva fica, assim, toda tapada. É a completa desistência. Após o decurso de um ano, esperam mais uns dias e mudam de roupa e queimam a que tinham vestido até agora. No entanto, o estilo é o mesmo mas o material é diferente. Não há proibições alimentares mas durante os primeiros tempos do luto não podem comer carne. A viúva não deve mostrar fome. Faz o pranto, conversa na campa com o marido, o morto tem direito a monumento funerário. Há presença de toda a família no luto ao morto. Tenta-se sepultar a família toda junta e o receio dos mortos é algo muito patente.

Durante o luto não podem:

- Ouvir música;
- Ver filmes (quase tudo tem música);
- Beber álcool;
- Fazer o que quer que seja que dê ideia de festa.

No caso de querermos fazer alguma festa ali ao pé deles, devemos avisá-los do que vai acontecer.

O incumprimento do luto implica retirar o luto porque está a desrespeitar o morto. Acham que este também tem força física e capacidade de castigar se não receber tudo a que tem direito. Pessoa que está quase a morrer recebe muita coisa para levar boas recordações.

Os homens fumam desde miúdos, às mulheres não lhes é permitido. Por isso houve uma grande confusão nos mais velhos quando os jovens fumavam droga, só se aperceberam do consumo quando viram os seus efeitos.

Quem não usar o luto é uma ofensa muito grande. As pessoas de etnia cigana pensam que o morto tem capacidade para castigar caso não seja honrada a sua morte.

Pranto – Pessoas que choram cantando.

Ainda há casamentos combinados. Não aceitam casamentos com os tios que até podem ter a mesma idade mas aceitam casar entre primos mesmo sendo primos diretos (endogamia). Pode ser combinação entre os pais ou por iniciativa deles. Quando o rapaz está interessado numa rapariga não o faz saber directamente, faz saber por alguém que quer aquela rapariga. É o casamento por simpatia na puberdade. O homem faz saber ao pai por terceiros (tem vergonha de falar ao pai) que está interessado em moça x. A família do rapaz pede à família da rapariga.

Quando se escolhem entre eles e imaginam que o casamento não é aceite pelas famílias, o casal foge normalmente para casa de parentes do rapaz. O rapaz não toca na rapariga. É uma fuga simbólica e a família da rapariga vai ter com a família do rapaz com o ritual de “rasgar a roupa, arranhar a cara, puxar o cabelo” e lamentar “roubaram-me a minha menina” (dá alusão ao rapto). Se se conseguir acertar as famílias, combina-se a data. Se não se acertar, a família da rapariga vai buscá-la e faz-lhe a guarda. Se não houver mesmo entendimento o casal foge de novo e ficam juntos (é o “casarem sozinhos”).

Durante o casamento é feita a cerimónia da virgindade e o lenço usado é guardado como tesouro. No casamento há sempre padrinhos e estes têm de ser membros respeitados por serem cumpridores das leis ciganas, traçando-se um laço importante entre pais e padrinhos. Durante prova de virgindade, os homens que estão cá fora dizem “rasgo-me todo...” e rasgam a roupa, enquanto as mulheres respondem “não vale a pena, não vale a pena...”, todos em coro. Quando acaba essa cerimónia sai o pano ensanguentado, pegam nos noivos que são passados de colo em colo das suas famílias e dançam com eles. A partir daí é festa rija a coisa linda, o tesouro (a virgindade) foi guardada de uma família para a outra (a virgindade é como que uma oferta de uma família para a outra). Em caso de fingimento, é caso para morte, a honra vale tudo.

Os jovens sem escolarização ficam ignorantes e os que têm 30 e mais anos têm a escola da vida.

ANEXO IV

Entrevista a Mediador de Etnia Cigana Residente no Bairro das Murtas

## ENTREVISTA REALIZADA A MEDIADOR DE ETNIA CIGANA RESIDENTE NO BAIRRO DAS MURTAS

Esta entrevista surgiu da necessidade óbvia de conhecer a cultura cigana através da voz de um residente do bairro com raízes nesta cultura e que conhece e contacta também com as especificidades de outras culturas nomeadamente com a minha. O contacto e marcação desta entrevista foram estabelecidos através da assistente social da Santa casa da Misericórdia de Lisboa.

A entrevista incidiu nos seguintes aspectos:

- Habitação
- Tradições
- Profissão/ Ocupação/ Rendimentos
- Conceção de Saúde/ Doença
- Família (casamento, filhos, idosos)
- Religião
- Escolarização
- Lazer

Não temos razão de queixa dos nossos filhos em casa. Na escola são muito mais calmos e sossegados e quando chegam a casa ficam eufóricos mas portam-se sempre bem.

Desde pequenas que as crianças vão ao médico.

Os ciganos sabem que quando há febre, a criança tem que ir ao médico.

Os nossos filhos lavam os dentes de manhã e por vezes à noite.

Quando vamos ao centro de saúde, os médicos e enfermeiros habituam-se tanto ao profissionalismo que não entendem o nosso dialecto. Isto que a senhora enfermeira está a fazer é muito importante.

Há algumas pessoas que não vão ao médico e preferem tratar-se em casa como é o caso de uma criança que tinha muita febre e acabou por morrer.

Às vezes vamos ao médico e ele diz que “só por causa dum febre vão logo ao médico”, então as pessoas não vão e preferem tratar-se em casa.

Alguns ciganos dizem que a psonha não tem cura, pois esta alimenta-se com as pomadas que o médico receita; então fazem um preparado com alho ‘tipo chá’ e colocam em cima das lesões.

Tratamento para a dor de dentes: chá de bolas de eucalipto.

A erva cigana serve para lavar coisas infectadas.

Um pormenor acerca da cultura cigana é que os homens não acompanham a esposa a ir ao médico quando se trata de 'coisas de mulher'. Eu assisti ao parto dos meus filhos no hospital mas há muitos ciganos que não querem assistir.

Há uma dificuldade em compreender os ciganos no hospital porque o cigano grita e chora, é o pranto, faz parte da nossa maneira de ser, no hospital não nos deixam fazer isso.

O cigano não está tão evoluído como o outro, não sabemos ler e escrever, não temos doutores nem políticos.

Os ciganos consideram a escola importante mas há alguns que só vão à escola porque são obrigados.

Os nómadas procuravam os melhores sítios para vender, havendo uma hierarquia desde o que vende na praça até ao que vende nas ruas. É claro que os melhores sítios vendem mais e provoca muitas rixas entre os ciganos. O cigano é mais para ele 'esteja onde estiver este é o meu trabalho'. Há pessoas que se matam por causa duma informação.

Há a questão dos princípios morais e da honra, mediante a religião evangélica a pessoa é educada com a palavra de Deus.

Os princípios morais são: não matar, não roubar, respeitar quem está a trabalhar, ser paciente, dar amor, ser misericordioso, educado.

A sociedade só respeita os ciganos por causa do medo, o cigano é sempre culpado.

A carne é a inimidade do espírito, o amor perdoa tudo. Quando os ciganos fazem mal é uma fúria do corpo físico porque são atacados. Se estiverem na palavra de Deus também são capaz de perdoar e aí é o espírito que manda.

O povo cigano é muito unido, quando alguém está hospitalizado vai tudo ver o doente, mesmo que o doente seja um velhinho que está a morrer, mesmo não sendo familiar vêm de todo o lado desde o norte até ao sul do país. No hospital não entendem mas é porque gostamos muito do nosso povo.

Agora é um pouco diferente porque temos os nossos afazeres, algumas obrigações que nos levam ao sedentarismo.

Antigamente viviam todos na mesma casa, os pais, os filhos, os netos e até bisnetos, os laços familiares eram mais fortes porque estavam sempre todos juntos, quando havia uma doença ou problemas estavam todos prontos para ajudar e agora não.

Agora as pessoas afastam os sentimentos porque estão distantes, se estivessem juntos os sentimentos eram mais fortes. Agora vão-se acorrentando ao modernismo.

Se a criança está doente é logo atendida, se for um adulto pode esperar mais tempo.

Os casalinhos, alguns ainda vivem na casa dos pais. O idoso se tiver condições vive sozinho, se não fica em casa dos filhos. Agora já começam a pôr os pais nos lares.

Agora cada casal tem no máximo 3 a 4 filhos. A vida não ajuda para ter mais. Os pobres querem dar o mesmo aos filhos que os mais abastados dão e quando são muitos não dá. Temos que dividir por todos.

Antigamente dizia-se que onde come um comem todos mas hoje já não é assim.

Se eu tivesse muito dinheiro tinha mais filhos, é a educação cristã.

Não é preciso andar na droga, roubar, para ser feliz, pode-se ser pobre e ser feliz. Há pessoas que são abastadas e têm muitas brigas por causa disso. Deus não quer as pessoas chateadas, quer as pessoas felizes e bonitas.

Para os casamentos, os pais querem sempre o melhor para os filhos. Querem um pretendente sem vícios, sem má fama, pode ser pobre mas que seja de Deus, numa casa trabalhadora mas de Deus. Não querem um compadre que seja alcoólico, ou de más famílias. Os bens da família do rapaz devem ser equivalentes aos bens da família da menina.

Hoje em dia se não gostarem do pretendente que a família arranja já não são obrigados a casar. Isto é igual para os rapazes como para as meninas. Se o rapaz tiver dado a palavra em como quer casar com aquela rapariga aí é que já não pode desistir, é uma questão de honra.

Nos casais normalmente o homem é mais velho ou então da mesma idade que a mulher.

As meninas casam aos 14/ 16 anos mas agora também com 20, os rapazes é normalmente aos 20.

Os ciganos casam cedo e a partir daí não podem continuar a escola. Não têm mais compromissos a partir daí.

Eu não tenho emprego porque não tenho estudos.

A população portuguesa está a ficar envelhecida e são mais os ciganos e os africanos que põem filhos no mundo. Vocês estudam até tarde e depois casam tarde ou então não casam porque já passou a hora, por isso o estado ajuda a educar os nossos filhos porque serão os políticos, os doutores e os engenheiros do amanhã.

ANEXO V

Questionário aplicado às mães de Etnia Cigana Residentes no Bairro das Murtas

## QUESTIONÁRIO

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, Mestranda em Enfermagem na área de especialização Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, encontro-me a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

Tendo como requisito a elaboração do diagnóstico da situação através do levantamento das necessidades em saúde na população, foi-me proposto a intervenção com a comunidade de etnia cigana residente no bairro das Murtas, mais especificamente no que diz respeito à percepção das mães quanto à vigilância de saúde dos seus filhos após o nascimento.

Considerando o enquadramento legislativo do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância que tem como objectivo assegurar o direito à plena participação e inclusão social de todas as crianças dos 0 aos 6 anos, e o disposto na carta de Ottawa em que os serviços de saúde orientados cada vez mais para a promoção da saúde têm de adoptar um amplo mandato que seja sensível e que respeite as especificidades culturais; esta temática reveste-se de extrema importância, pertinência, e de aplicação prática no exercício da enfermagem avançada.

No sentido de obter a sua participação/ colaboração, elaborei este questionário que é composto por duas partes: a primeira corresponde à caracterização dos sujeitos da amostra e a segunda à recolha da sua opinião, face à importância da vigilância de saúde infantil e pediátrica dos seus filhos.

É garantido o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida.

Durante o seu preenchimento e para que seja válido, peço-lhe que responda, segundo a sua opinião, a todas as questões que se apliquem. Se necessitar de ajuda para o seu preenchimento ou qualquer esclarecimento adicional, pode solicitar à autora.

Após o seu preenchimento, peço o favor de o devolver.

Agradeço desde já a sua colaboração pois ela é imprescindível.

## Parte I

Idade: \_\_\_\_ Anos

Sexo: \_\_\_\_

Profissão/ Ocupação (Papel da Mulher): \_\_\_\_\_

Escolaridade/ Habilitações académicas: \_\_\_\_\_

Número de filhos (0 aos 11 anos): \_\_\_\_

## Parte II

1. Adoece muitas vezes?

Sim

Não

2. Costuma tratar uma doença sem ir ao médico?

Sim

Não

3. Se sim, diga como?

---

---

---

---

4. Quando necessita de um conselho na área da saúde a quem costuma recorrer, sem serem os enfermeiros ou médicos?

---

---

---

---

5. Tem confiança nos médicos e enfermeiros?

Sim

Não

6. Quando o/ a seu/ sua filho/ a está doente recorre ao centro de saúde?

Sim

Não

7. Cumpre rigorosamente as prescrições que lhe são feitas?

- Sim
- Não

8. Tem termómetro em casa?

- Sim
- Não

9. Tem em casa medicamentos de venda livre como o Ben u ron, Brufen ou Bissolvon?

- Sim
- Não

10. Tem balança em casa?

- Sim
- Não

11. Já foi com o/ a seu/ sua filho/ a ao centro de saúde quando ele não está doente?

- Sim
- Não

12. Se sim, diga por que motivos?

---

---

---

---

13. Considera importante ir ao centro de saúde fazer a vigilância de saúde do/a seu/ sua filho/ a?  
(consultas de saúde infantil e pediátrica)

- Sim
- Não

14. Conhece o calendário de vigilância de saúde infantil e pediátrica?

- Sim
- Não

15. Existem doenças que podem ser evitadas ou tratadas quando detectadas precocemente?

- Sim
- Não

16. Frequenta as consultas de saúde infantil e pediátrica do/ a seu/ sua filho/ a que lhe são indicadas no centro de saúde?

Sim

Não

17. Quando leva o seu filho fazer vigilância de saúde, considera importantes os ensinamentos que lhe são feitos?

Sim

Não

18. Cumpre as orientações que lhe são facultadas nas consultas de enfermagem em saúde infantil e pediátrica?

Sim

Não

19. Sente dificuldades em aplicar em casa os ensinamentos que lhe são feitos nas consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica?

Sim

Não

20. Se sim, diga quais?

---

---

---

---

21. Sabe para que servem as vacinas?

Sim

Não

22. Conhece o Plano Nacional de Vacinação?

Sim

Não

23. Considera importante vacinar as crianças?

Sim

Não

24. O boletim de vacinas do/ a seu/ sua filho/ a está actualizado?

Sim

Não

25. Incomoda-lhe o facto de a picada da vacina ou do teste do pezinho provocar uma ligeira dor local no braço ou pé do seu filho e que ele chore?

Sim

Não

26. Quando é administrada uma vacina ao seu filho, sabe o que fazer no caso de aparecer uma reacção local?

Sim

Não

27. Considera importante ensinar o seu filho a adquirir hábitos de vida saudáveis? (Alimentação, Higiene pessoal, Higiene oral, Protecção solar, Prevenção de acidentes domésticos, Vacinação)

Sim

Não

28. O que gostaria de ouvir falar acerca da vigilância de saúde do seu filho? (sugestão: temas referidos na questão anterior)

---

---

---

---

ANEXO VI  
Estudo Realizado no Bairro das Murtas

## ESTUDO REALIZADO NO BAIRRO DAS MURTAS

“A metodologia é o estudo dos métodos, ou então as etapas a seguir num determinado processo. (...) É também considerada uma forma de conduzir a pesquisa ou um conjunto de regras para o ensino da ciência.” In: <http://pt.pandapedia.com/wiki/Metodologia>.

A palavra método significa caminho ou processo racional para atingir um dado fim. Agir com um dado método supõe uma prévia análise dos objectivos que se pretendem atingir, as situações a enfrentar, assim como dos recursos e o tempo disponíveis, e por último das várias alternativas possíveis. Trata-se pois, de uma acção planeada, baseada num quadro de procedimentos sistematizados e previamente conhecidos.

Neste ponto são apresentadas as considerações sobre o método científico escolhido para fazer o Levantamento das Necessidades em Saúde na comunidade de etnia cigana residente num bairro de realojamento social na cidade de Lisboa, nomeadamente o tipo de estudo, método de colheita de dados, e demais conceitos necessários.

Torna-se assim evidente a elaboração de um plano de trabalho, tendo em vista os objectivos predefinidos e as acções a desenvolver no primeiro e no segundo módulos de estágio. Seria impraticável e não haveria fundamento científico se não existisse um plano de trabalho no estudo.

Para Fortin (1999: 22) “Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação.” Isto significa que dependendo do tipo de estudo que se queira realizar, pode-se optar por uma abordagem qualitativa, quantitativa, ou ambas, pois todas contribuem para o desenvolvimento do conhecimento científico.

### TIPO DE ESTUDO

Para identificar as necessidades em saúde destas crianças, e de acordo com os objectivos definidos, recorreremos a um tipo de estudo descritivo, exploratório, transversal, dirigido às suas mães. Pretendemos assim, tendo em conta a especificidade da cultura de etnia cigana emergente da pesquisa bibliográfica, entrevistas realizadas e contacto directo com esta comunidade, conhecer a opinião destas mães quanto à concepção de saúde das suas crianças e as estratégias que utilizam para lhe dar resposta aos diferentes níveis de prevenção. Obtendo a sua opinião, iremos ao encontro das necessidades reais existentes e sentidas por estas mães, o que permite desenvolver estratégias eficazes de intervenção adequadas no campo da Promoção da saúde e Prevenção da doença.

Segundo Fortin (1999: 163) “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características dessa população ou de uma amostra”.

Para a mesma autora (1999: 322), “ A abordagem quantitativa, (...), constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo”.

Num tipo de estudo qualitativo, tal como refere Fortin (1999: 149), a nossa atenção “incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos” e pretende descrever e interpretar, mais do que avaliar, procurando compreender um facto e extrair dele a essência do ponto de vista dos que vivem a experiência.

Também Polit e Hungler (1995: 270) nos diz que a pesquisa qualitativa “(...) baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios actores.” Assim, este tipo de pesquisa “costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação ou controle impostos ao investigador).”

## CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL ONDE É REALIZADO O ESTUDO

### **População**

Segundo Fortin (1999: 202) população: “é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”.

Neste estudo a população alvo é constituída pelas mães de etnia cigana com crianças dos 0 aos 11 anos e a população acessível é constituída por 30 mães de etnia cigana com crianças dos 0 aos 11 anos a residir num bairro de realojamento social na cidade de Lisboa.

### **Amostra**

Para Fortin (1999: 202) amostra: “é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. (...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada”.

Assim, a amostra consiste em seleccionar um conjunto de indivíduos retirados da população acessível, com o objectivo de obter as informações relacionadas com o estudo, devendo ser ainda representativa da população alvo.

A amostra pode ser escolhida segundo um método de amostragem probabilística ou não probabilística. O método aqui adoptado foi o probabilístico, mais concretamente a amostragem aleatória simples em que, segundo Fortin (1999), cada uma das mães de etnia cigana que compõe a população alvo tem a mesma probabilidade de ser escolhida para fazer parte da amostra.

A amostra probabilística é assim constituída por 20 mães de etnia cigana retiradas da população acessível.

Quanto ao tamanho da amostra Fortin (1999: 211) afirma que: “ (...) *para estimar o tamanho da amostra, o investigador deve avaliar um conjunto de factores em relação com os resultados previstos do seu estudo e a generalização que pretende fazer*”.

Neste sentido, consideramos significativa uma amostra com 67% da população acessível.

## CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

Na selecção do instrumento de colheita de dados, deve-se ter em conta os objectivos da investigação.

Com vista a analisar os dados com variáveis mensuráveis, decidimos utilizar como instrumento de medida o questionário, que permite recolher informação de maneira rigorosa de forma mais rápida e económica.

Após pesquisa bibliográfica não encontramos nenhum questionário já testado que abordasse este domínio, pelo que procedemos à sua construção com base na revisão bibliográfica efectuada.

Segundo Fortin (1999: 254), a utilização do questionário como instrumento de medida tem as seguintes vantagens:

- É pouco dispendioso;
- Requer poucas habilidades por parte de quem o aplica;
- Pode ser utilizado simultaneamente junto de um grande número de sujeitos repartidos por uma vasta região, o que permite obter mais informações num conjunto populacional.

*“Outras vantagens são a natureza impessoal do questionário, a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os sujeitos, as mesmas directrizes para todos, podendo assegurar, até um certo ponto, a uniformidade de uma situação de medida a uma outra e assim assegurar a fidelidade e facilitar as comparações entre sujeitos. Além disso as pessoas podem sentir-se mais seguras relativamente ao anonimato das respostas e, por este facto, exprimir mais livremente as opiniões que consideram mais pessoais.”*

Na parte II do questionário, para a análise quantitativa do estudo foram utilizadas perguntas simples e de resposta directa: Sim ou Não. Este método oferece ao respondente facilidade na escolha de uma das opções pois não contém opções intermédias que poderiam induzir subjectividade na escolha da opção mais adequada; foram também utilizadas perguntas abertas em que os sujeitos manifestam a sua opinião no contexto da Promoção da Saúde, Prevenção e Tratamento da Doença nas crianças de etnia cigana residentes num bairro de realojamento social de Lisboa.

### **Validação do questionário por peritos**

Para validar o seu formato e conteúdo, o questionário foi submetido à discussão e crítica de peritos em Ciências de Enfermagem:

- 1ª Perita – Teresa Rasquilho Vidal – Professora de Enfermagem e tutora deste Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária.
- 2ª Perita – Maria Carlota Fortunato Sousa – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e orientadora dos Módulos I e II de estágio.
- 3ª Perita – Isabel Melícias – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Na Parte II foram alteradas as questões 2 e 3 e acrescentadas as questões 4 e 5, mediante a opinião da 2ª perita Sra. Enfermeira Carlota Sousa. As restantes peritas consideraram o questionário adequado, com perguntas claras e objectivas, de fácil interpretação por parte dos sujeitos, relacionadas com os objectivos a que nos propusemos inicialmente; apresentam uma sequência lógica. O formato do questionário é atraente e o conteúdo adequado.

### **Pré-Teste**

Antes da aplicação definitiva do questionário, realizámos um pré-teste de forma a garantir que o instrumento de colheita de dados respondesse ao que pretendíamos estudar, permitindo desta forma a sua validação.

O pré-teste foi aplicado a 4 sujeitos da população alvo e que não fazem parte da amostra. Verificámos que, de uma forma geral, as asserções e questões estavam redigidas de forma clara e objectiva. No entanto houve necessidade de estar presente durante o seu preenchimento devido a maior parte dos sujeitos não saber ler nem escrever fluentemente e também houve necessidade de clarificar alguns termos e conceitos. O tempo médio necessário gasto por cada sujeito para realização do pré-teste foi de 10 minutos.

### **Aplicação do questionário – Recolha de dados**

Tivemos como objectivo, aquando da aplicação do questionário, criar um clima de confiança para que o sujeito se sentisse à vontade para responder às questões. Assim, o nosso papel não se limitou somente a fornecer e recolher o questionário mas também a criar uma relação interpessoal de forma a influenciar o grau de motivação das respondentes. (Fortin, 1999)

O seu preenchimento contou com a minha presença a fim de colmatar dificuldades na leitura das questões e assinalar a opção escolhida. Foi minha pretensão estar isenta de qualquer opinião que pudesse influenciar de alguma forma a escolha dos sujeitos.

O local de aplicação do instrumento de colheita de dados foi o domicílio dos sujeitos.

A fase de recolha de dados decorreu no período de 27 de Setembro de 2010 a 2 de Outubro de 2010.

Foram preenchidos e devolvidos todos os questionários.

### **APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS**

Os dados são submetidos a tratamento manual e informático através da estatística descritiva e análise qualitativa. Foram utilizadas medidas de frequência relativa (Percentagem).

Para facilitar o processamento e análise de dados, foi elaborado o quadro seguinte onde inserimos os dados sócio demográficos referentes a cada sujeito.

Este quadro surgiu da atribuição numérica em ordem crescente relativamente à idade, para caracterização dos sujeitos.

**Quadro I – Dados de Caracterização dos Sujeitos**

	<b>Idade</b>	<b>Profissão/ Ocupação (Papel da Mulher)</b>	<b>Escolaridade/ Habilitações académicas</b>	<b>Nº de filhos (0 aos 11 anos)</b>
<b>1</b>	15	Doméstica	4ª Classe	1
<b>2</b>	16	Doméstica	4º Ano	1
<b>3</b>	16	Doméstica	3ª Classe	1
<b>4</b>	17	Doméstica	2ª Classe	1
<b>5</b>	19	Doméstica	3ª Classe	1
<b>6</b>	20	Doméstica	3ª Classe	1
<b>7</b>	20	Doméstica	2º Ano	1
<b>8</b>	21	Doméstica	1º Ano	1
<b>9</b>	21	Doméstica	4º Ano	2
<b>10</b>	21	Doméstica	3º Ano	2
<b>11</b>	21	Desempregada	9º Ano	2
<b>12</b>	23	Doméstica	4º Ano	2
<b>13</b>	23	Doméstica	3ª Classe	2
<b>14</b>	25	Doméstica	2ª Classe	3
<b>15</b>	27	Doméstica	2º Ano incompleto	2
<b>16</b>	28	Doméstica	2ª Classe	3
<b>17</b>	28	Doméstica	2ª Classe	4
<b>18</b>	31	Doméstica	2º Ano	3
<b>19</b>	32	Doméstica	2ª Classe	1
<b>20</b>	47	Doméstica	Sabe escrever o nome	1

Para quantificar os itens das perguntas fechadas, somamos o número de sujeitos que respondeu “Sim” e o número de sujeitos que respondeu “Não” para cada questão, e foram convertidos em percentagem. A intensidade de cada resultado é premonitória para a concepção de saúde que as mães de etnia cigana têm em relação à vigilância de saúde dos seus filhos.

Nos gráficos utilizados para análise e interpretação dos dados será usada a cor azul para as proposições de conteúdo positivo e a cor amarela para as proposições de conteúdo negativo.

<b>Questão</b>	<b>Sim %</b>	<b>Não %</b>
1. Adoece muitas vezes?	15%	85%
2. Costuma tratar uma doença sem ir ao médico?	45%	55%
5. Tem confiança nos médicos e enfermeiros?	85%	15%
6. Quando o/ a seu/ sua filho/ a está doente recorre ao centro de saúde?	75%	25%
7. Cumpre rigorosamente as prescrições que lhe são feitas?	100%	0%
8. Tem termómetro em casa?	90%	10%
9. Tem em casa medicamentos de venda livre como o Ben u ron, Brufen ou Bissolvon?	100%	0%
10. Tem balança em casa?	0%	100%
11. Já foi com o/ a seu/ sua filho/ a ao centro de saúde quando ele não está doente?	100%	0%
13. Considera importante ir ao centro de saúde fazer a vigilância de saúde do/a seu/ sua filho/ a? (consultas de saúde infantil e pediátrica)	100%	0%
14. Conhece o calendário de vigilância de saúde infantil e pediátrica?	75%	25%
15. Existem doenças que podem ser evitadas ou tratadas quando detectadas precocemente?	95%	5%
16. Frequenta as consultas de saúde infantil e pediátrica do/ a seu/ sua filho/ a que lhe são indicadas no centro de saúde?	95%	5%
17. Quando leva o seu filho a fazer vigilância de saúde, considera importantes os ensinamentos que lhe são feitos?	95%	
18. Cumpre as orientações que lhe são facultadas nas consultas de enfermagem em saúde infantil e pediátrica?	95%	
19. Sente dificuldades em aplicar em casa os ensinamentos que lhe são feitos nas consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica?	20%	75%

21. Sabe para que servem as vacinas?	100%	0%
22. Conhece o Plano Nacional de Vacinação?	85%	15%
23. Considera importante vacinar as crianças?	100%	0%
24. O boletim de vacinas do/ a seu/ sua filho/ a está actualizado?	100%	0%
25. Incomoda-lhe o facto de a picada da vacina ou teste do pezinho provocar uma ligeira dor local no braço ou pé do seu filho e que ele chore?	70%	30%
26. Quando é administrada uma vacina ao seu filho, sabe o que fazer no caso de aparecer uma reacção local?	95%	5%
27. Considera importante ensinar o seu filho a adquirir hábitos de vida saudáveis? (Alimentação, Higiene pessoal, Higiene oral, Protecção solar, Prevenção de acidentes domésticos, Vacinação)	100%	0%

A análise das será efectuada através da análise de conteúdo que, segundo Bardin (1994: 38) "... é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens."

Visa obter indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.

De acordo com Polit e Hungler (1995), a análise de dados é assim, a forma de impor alguma ordem sobre um corpo de grande informação, de modo a que possam ser tiradas algumas conclusões gerais e comunicativas através de um relatório. Ou seja, a análise de conteúdo permite abordar as comunicações segundo critérios que ajudam a ordenar a confusão inicial, permitindo encontrar o sentido do discurso.

### 3. Como costuma tratar uma doença sem ir ao médico?

- Constipação: chá quente
- Constipação: chá e leite com mel
- Constipação: comprimidos de ben u ron
- Gripes: chá e comprimidos de ben u ron
- Tomando medicamentos
- Infecções urinárias com chá barba de milho
- Farmácia, pede comprimidos à avó
- Ficar em casa
- Toma comprimidos para a dor de cabeça e para a constipação

- Gripe: Cortigripe, dor de cabeça: ben u ron
4. Quando necessita de um conselho na área da saúde a quem costuma recorrer, sem serem os enfermeiros ou médicos?
- Marido
  - Marido, irmãos, pais
  - 7 - Mãe
  - Mãe, marido
  - 4 - Farmácia
  - Marido
  - A mim própria
  - Só médicos e enfermeiros
  - Mãe e pai
  - Familiar
12. Por que motivos foi com o/ a seu/ sua filho/ a ao centro de saúde sem que ele estivesse doente?
- 16 - Consultas de rotina: Vigilância de Saúde Infantil
  - Consultas de rotina: Vigilância de Saúde Infantil; Vacinação
  - Consultas de rotina: Vigilância de Saúde Infantil; Fazer penso por corte no dedo
  - Vacinação
20. Quais as dificuldades que sente em aplicar em casa os ensinamentos que lhe são feitos nas consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica?
- Falta de leite e cremes
  - Não explicam bem as coisas
  - Não se lembra
  - Falam muito rápido
  - Perceber alguns termos
28. O que gostaria de ouvir falar acerca da vigilância de saúde do seu filho? (sugestão: temas referidos na questão anterior).
- Alimentação, hidratação
  - Alimentação, hidratação, teste do pezinho
  - Mais ajudas para as crianças, leite para os bebés
  - Doenças das crianças
  - 2 - Já sei tudo
  - Teste do pezinho, mais ajudas, ensinar sobre doenças, para que servem as vacinas
  - Teste do pezinho, quais são as doenças

- Estrabismo, a minha filha tem indicação para operar mas não deixo porque não confio nos médicos que operam
- Doenças que podem aparecer nas crianças, alimentação, leites
- Teste do pezinho, vacinas
- Para que servem as vacinas
- Cáries dentárias, a saúde oral foi mudada para sete rios e é muito difícil ir lá
- Grávidas, como nascem os bebés
- Agora não me lembro
- Doenças das crianças
- Leites artificiais
- Quando o bebé chora e nós não sabemos o que fazer
- Rinite alérgica, lúpus
- Teste do pezinho, não explica para que é

## ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Iniciamos a apresentação com o tratamento das variáveis referentes à caracterização da amostra e interpretação dos resultados, seguindo-se a análise e respectiva interpretação dos dados referentes à variável dependente.

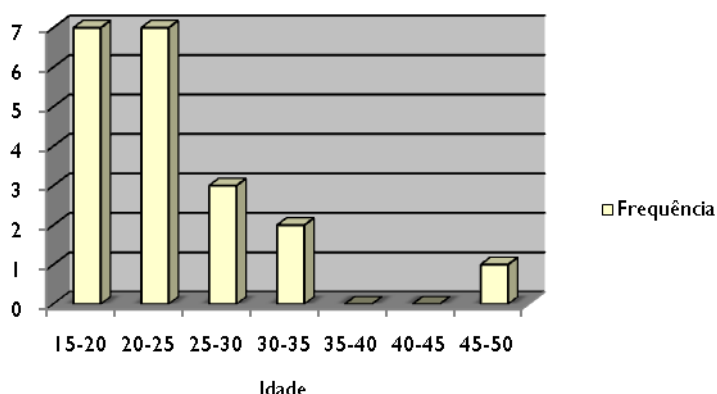
## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**Idade:**

**Quadro I – Distribuição dos sujeitos segundo a idade**

<b>Idade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Frequência relativa</b>
15-20	7	35%
20-25	7	35%
25-30	3	15%
30-35	2	10%
35-40	0	
40-45	0	
45-50	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Gráfico I - Distribuição dos sujeitos segundo a idade



Os dados recolhidos comprovam como a maternidade nas mulheres de etnia cigana se inicia desde cedo sendo a faixa etária dos 15-20 anos e 20-25 anos com maior incidência.

Os ciganos habitualmente casam em tenra idade, o rapaz entre os 16 e os 20 anos e a rapariga entre os 15 e os 18 anos, como refere o mediador da cultura de etnia cigana residente no bairro das Murtas. A cigana deve ser virgem, condição considerada fundamental para o matrimónio. É mãe muito jovem e assume desde muito cedo a responsabilidade dos filhos. A grande missão da maternidade é de trazer ao povo cigano, pela procriação, a prosperidade e a perpetuação da raça por meio da geração de novas crianças ciganas. O rapaz é mais desejado para primeiro filho pois reside nele a continuação da família. A rapariga é desejada como segundo e é preparada para o casamento desde a menarca.

#### Profissão/ Ocupação (Papel da mulher):

Quadro I – Distribuição dos sujeitos segundo a profissão/ ocupação

Profissão/ Ocupação	Frequência	Frequência relativa
Doméstica	19	95%
Desempregada	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

Como se pode constatar, a profissão ou ocupação da mulher de etnia cigana são as lides domésticas. Cabe às mulheres desde cedo cuidarem das tarefas do lar, tornando-o o mais aconchegante e confortável possível, seja o lar paterno, seja o seu próprio com o marido. As meninas ficam sempre perto da mãe auxiliando nos trabalhos de casa e ajudando a cuidar dos irmãos menores. A mulher cigana significa o lado terno e de protecção espiritual dos lares

ciganos. É ela quem desempenha um dos papéis mais importantes na estrutura da família, o de mãe. Deve saber cozinhar, cuidar da casa, dançar, e dirigir as cerimónias e os rituais.

Como referido anteriormente, a partir do aparecimento da menarca ficam em casa não só para serem “guardadas” como forma de manterem a virgindade e com ela a honra da família mas também para se aperfeiçoarem na arte da lida doméstica; já os rapazes podem ficar mais tempo na escola mas a aprendizagem do seu papel na comunidade cigana faz-se realmente mediante a observação dos outros homens adultos. A cultura gadjé pouco ou nada diz aos ciganos (Lopes: 2000).

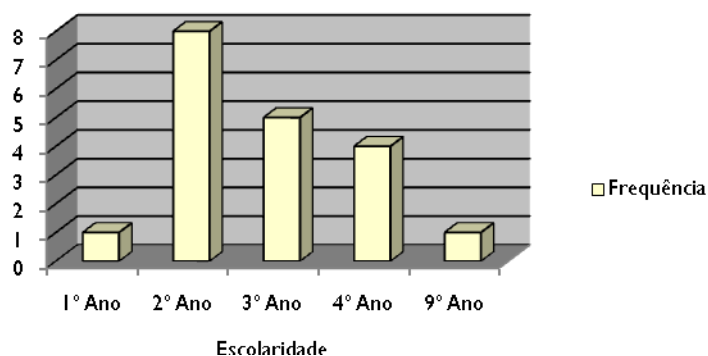
Não obstante, aquando do preenchimento dos questionários tive oportunidade de observar estas mães a cuidar do lar, sendo que não era desejável a minha intervenção durante o horário da confecção das refeições e do cuidar das suas crianças.

### Escolaridade:

**Quadro 1 – Distribuição dos sujeitos segundo a escolaridade**

Escolaridade	Frequência	Frequência relativa
Sabe escrever o nome	1	5%
1º Ano	1	5%
2º Ano	8	40%
3º Ano	5	25%
4º Ano	4	20%
9º Ano	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos segundo a escolaridade**



A amostra revela que o nível de escolaridade predominante é o segundo ano de escolaridade, seguindo-se o terceiro e o quarto anos com menos evidência. Tal facto vai de encontro ao que nos diz Vasconcelos (1999: 14) “ O relatório da Comissão Europeia contra o racismo e a intolerância refere que 60% dos menores de catorze anos não frequentam as escolas”. Isto pode dever-se à falta de herança cultural familiar, ao analfabetismo dos pais e avós e à relutância dos ciganos em mandar os filhos à escola, com receio de que estes adquiram hábitos e costumes dos *gadgé*, resultando a perda da sua herança cultural. Para os ciganos é mais importante desenvolver habilidades específicas do que obter conhecimentos abstractos.

A escola também constitui um risco para a manutenção das culturas e tradições: impõe disciplina, horários fixos e jornadas de trabalho (REAP: 2007), afasta os filhos dos pais por muito tempo, promove a individualização e competição (para este povo o mais importante é a família e não o indivíduo) e aproxima os rapazes das raparigas.

Tradicionalmente o nomadismo foi a razão principal para que os ciganos não aproveitassem as possibilidades da escola, a não assiduidade poderá ser atribuída ao facto de os pais não aceitarem facilmente separar-se dos filhos para os entregar a um educador. A resistência dos pais pode até dever-se a um certo orgulho étnico: eles conseguiram sobreviver sem saber ler nem escrever e foram bem sucedidos.

### Número de filhos dos 0 aos 11 anos

**Quadro I – Distribuição dos sujeitos segundo o número de filhos dos 0 aos 11 anos**

Nº de filhos dos 0 aos 11 anos	Frequência	Frequência relativa
1	10	50%
2	6	30%
3	3	15%
4	1	5%
<b>Total</b>	20	100%

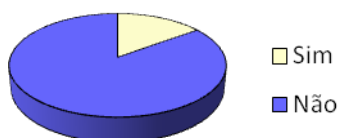
O objectivo principal do casamento cigano é a procriação, e esta reverte-se de tal importância no seio destes que a invalidação do casamento pode ter como base a esterilidade. Para as mulheres ciganas a fertilidade é vista como um milagre, não concebem as suas vidas sem filhos. Quanto mais filhos tiver uma família, maior será o prestígio, poder e segurança que detém. A pior praga para uma cigana é desejar que ela não tenha filhos e a maior ofensa é chamá-la de “ventre seco”.

O que acontece nesta comunidade é que a tradição da maternidade se mantém vincada mas, quanto ao número de filhos, hoje em dia já são consideradas algumas condicionantes. As pessoas passaram das barracas para os apartamentos há sensivelmente dez anos e como referiram os entrevistados neste trabalho “Hoje em dia já não se pode ter muitos filhos, no máximo 3 ou 4. As casas são pequenas, as vendas já não são o que eram, e o rendimento mínimo mal chega para sustentar a família. Também os laços familiares já não são o que eram, antigamente viviam todos juntos os bisavôs, os avós, os pais, os filhos, os tios... Éramos famílias muito mais unidas”

## PERCEPÇÃO DAS MÃES DE ETNIA CIGANA QUANTO À VIGILÂNCIA DE SAÚDE DOS SEUS FILHOS

### 1. “Adoece muitas vezes”

Gráfico 3 - Questão 1

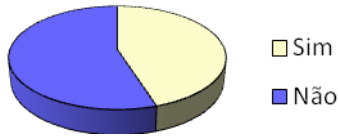


Nesta amostra a maioria das mães considera ser saudável, apenas 15% refere que fica muitas vezes doente. A saúde é tida, para este povo, como a ausência de doença e esta última é vista de uma perspectiva maioritariamente sobrenatural ou como destino. Assim sendo, acreditam que a saúde não se promove nem a doença se previne pelo que é irrelevante procurar cuidados de saúde quando se está bem, recorrendo-se a estes em situação de doença com carácter de urgência e de “*desafio impositivo da sua vontade*” Silva (2000: 1) para que se diagnostique a gravidade e a resolução do problema, já que estabelecem relação directa entre doença e morte. REAP (2007).

Nas entrevistas realizadas foi referido que os ciganos só vão ao médico em caso de doença grave e sentem que não são bem acolhidos e compreendidos pelos profissionais de saúde. “*A gente temos que estar perto do doente, vêm familiares de todo o lado e o pessoal do hospital não compreende isso; nós temos que fazer o pranto. Temos que estar juntos*” Sic.

### 2. “Costuma tratar uma doença sem ir ao médico”

Gráfico 4 - Questão 2



Podemos verificar que quase metade da amostra refere que tem por hábito tratar doenças sem recorrer aos serviços de saúde. Nas populações de etnia cigana, a saúde e a doença são muitas vezes conceitos associados a crenças e mitos como o mau-olhado, as pragas e a inveja. Assim, recorrem a curandeiros no sentido de talhar a doença.

Em situações pouco graves têm por hábito recorrer à medicina tradicional e à utilização de produtos naturais ou plantas (chás e ervas), como verificado na questão número 3.

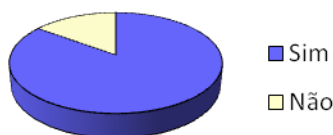
Ao analisarmos a questão número 4 onde é descrito como tratar uma doença sem ir ao médico, há ainda a acrescentar o recurso ao farmacêutico da zona a fim de pedir concelhos e adquirir medicamentos de venda livre.

Temos então várias formas de dar resposta às situações de doença:

- Tradicional, para o tratamento das patologias mais populares.
- Científico, representado por profissionais de saúde e de farmácia.
- Igreja evangélica, para o tratamento de doenças terminais (cancro, VIH/Sida). (REAP: 2007).

##### 5. “Tem confiança nos médicos e enfermeiros”

Gráfico 5 - Questão 5



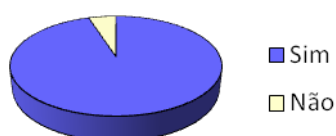
Nesta questão podemos observar que, apesar dos ciganos evitarem recorrer aos serviços de saúde só recorrendo a estes em situação de doença com carácter de urgência e de ‘desafio impositivo da sua vontade’, quando tal acontece sentem confiança nos médicos e enfermeiros.

Os enfermeiros são frequentemente os primeiros mediadores entre quem procura cuidados de saúde, promovendo “o respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e dos grupos” (Liègeois: 1989). Se tivermos em conta os conhecimentos e os valores do povo cigano em relação à saúde/ doença, permite-nos perceber o modo como

os ciganos se percebem face a este binómio e assim favorecer o desenvolvimento de uma relação de ajuda/ confiança.

6. “Quando o/ a seu/ sua filho/ a está doente recorre ao centro de saúde”

Gráfico 15 - Questão 16



As crianças são o elemento mais importante no seio da comunidade de etnia cigana. Uma das características desta família é o amor que nutrem pelos filhos que são extremamente mimados, nada lhes falta dentro das possibilidades dos pais. No bairro onde é realizado este estudo, refere uma das entrevistadas: “*eu posso passar necessidades mas aos meus filhos não há-de faltar nada*” Sic.

O amor é a lição número um dos pais ciganos para com os seus filhos e jamais uma criança cigana será tratada como se fosse mais uma, pois cada uma é diferente da outra e a soma de todas elas é que dará o verdadeiro sentido à vida, pois simbolizam a perpetuação, a renovação e a multiplicidade.

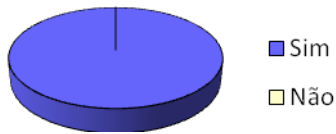
Tudo o que respeita ao bem-estar destas crianças como quando está em causa a sua saúde lhes merece especial atenção e cuidado.

Nesta amostra as mães que responderam não recorrer ao centro de saúde quando o seu filho está doente, acrescentaram que nesse caso recorrem logo ao hospital.

As comunidades ciganas quando estão perante alguma doença recorrem, na maioria dos casos, aos serviços de urgência hospitalar. Desta forma, o centro de saúde não é o principal recurso destas comunidades (REAPEN: 38). É conhecido o uso excessivo que muitas vezes os membros das comunidades ciganas fazem dos serviços de urgência. (REAPEN: 43)

7. “Cumpra rigorosamente as prescrições que lhe são feitas”

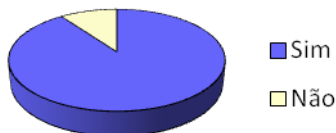
Gráfico 7 - Questão 7



Em consonância com o conteúdo descrito na questão anterior, as mães de etnia cigana cumprem rigorosamente com as prescrições que são feitas às suas crianças nos serviços de saúde.

8. “Tem termómetro em casa”

Gráfico 8 - Questão 8



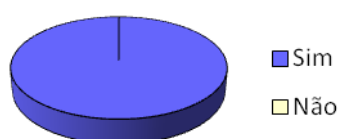
É preocupação da equipa de enfermagem do centro de saúde de Alvalade, na assistência a todas as crianças que ali recorrem, ensinar os seus pais como actuar no caso de reacção às vacinas ou na prestação de primeiros socorros, promovendo o desenvolvimento de competências parentais. Com as mães de etnia cigana não é excepção e por isso não é de admirar que a maior parte delas tenha termómetro em casa. O termómetro é essencial nomeadamente quando é necessário fazer o despiste de qualquer mal estar do bebé, sendo que este ainda não é capaz de identificar as suas queixas.

A aquisição de competências parentais permite às mães o cuidar abrangente dos seus filhos, perspectivando o seu desenvolvimento e as suas necessidades de saúde como um todo. A estratégia sistematizada de formação aos pais consiste no ensino, na instrução e no treino de capacidades, de onde se esperam obter ganhos em saúde a longo prazo. Segundo Neves (2001: 153) “*Os pais e famílias são participantes activos no planeamento e execução dos programas para as suas crianças e na definição de objectivos que estejam de acordo com o seu estilo de vida, preferências e valores culturais. Só assim os pais descobrem as suas próprias competências e capacidades para lidar com o seu filho*”. O desenvolvimento de competências parentais no processo de vigilância de saúde e educação dos filhos, surge como uma forma inequívoca de potenciar e maximizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças.

De acordo com a CIPE (2005), a parentalidade traduz uma acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; adoptar comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar e otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; e interiorizar as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.

9. “Tem em casa medicamentos de venda livre como o Ben u ron, Brufen ou Bissolvon”

Gráfico 9 - Questão 9

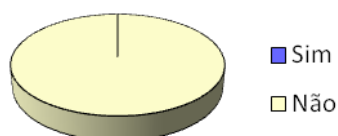


Tradicionalmente os ciganos estão associados ao nomadismo mas há muito tempo que a grande maioria dos ciganos é sedentária. Estudos relatam que, de um modo geral, os ciganos que ainda vivem livres, sem residência fixa, mantêm uma saúde mais resistente que a dos ciganos que se fixaram.

Muitos deles, para se adaptarem ao sedentarismo, optam pela medicina convencional que produz efeitos benéficos a curto prazo, em detrimento da medicina natural na qual os ciganos sempre foram pródigos. Ainda assim continuam a ser usadas práticas antigas como o uso de plantas e outras mezinhas que, muito provavelmente, se vão perdendo com o tempo à medida que os ciganos se vão aculturando.

10. “Tem balança em casa”

Gráfico 10 - Questão 10



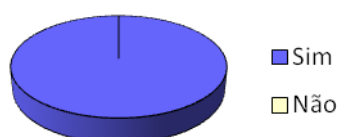
Para os ciganos “comer bem é comer muito”, pelo que não se dá muita importância ao que se come. O povo cigano é um povo muito farto, apesar da maior parte das pessoas visualizarem os ciganos de hoje como pobres. Dão muita importância às festas onde não falta comida, bebida e alegria principalmente.

A mesa cigana é bem farta e pode ser partilhada por convidados. Também eu tive a oportunidade de constatar esse facto aquando da aplicação do instrumento de colheita de dados, em que me foi disponibilizado um lugar à mesa e feito convite “sente-se e coma o que lhe apetecer”.

Em relação às crianças não se impõem restrições (comem o que querem, como querem e quando querem) (Silva: 2000); não existe, nalguns casos, consciência da importância de que a alimentação tem de ser equilibrada para o crescimento e desenvolvimento adequados das crianças verificando-se alguns erros alimentares (REAP: 2007); assim sendo, ter balança em casa não constitui ainda uma realidade para estas mães, não é considerado importante.

11. “Já foi com o/ a seu/ sua filho/a ao centro de saúde quando ele/ a não está doente”

Gráfico 11 - Questão 11



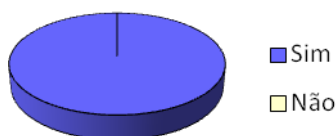
As consultas de saúde infantil e a vacinação são procuradas muitas vezes por imposição da escola, sendo esta, por sua vez, imposta pela sociedade: se não estiverem inscritos na escola, não lhes é atribuído o Rendimento Social de Inserção (Lopes: 2008). Segundo Relatório das Audições sobre portugueses ciganos (2009) “É possível observar alterações junto das mulheres alfabetizadas no âmbito do RSI: aprenderam outras experiências de vida, e é possível constatar alterações de hábitos no espaço de 10 anos, por exemplo, o recurso à creche, à escola, ou a frequência regular de consultas de saúde materno infantil.

Na adesão à realização das consultas de saúde infantil e pediátrica, contribui em muito o esforço das parcerias e trabalho em rede com o centro de saúde de Alvalade na formação e desenvolvimento de competências nestas famílias, promovendo a sua integração nos serviços de saúde e a sua eficiente utilização.

As respostas à questão 12 confirmam que estas mães recorrem ao centro de saúde para realização das consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica.

13. “Considera importante ir ao centro de saúde fazer a vigilância de saúde do/ a seu/ sua filho/ a (consultas de saúde infantil e pediátrica)”

Gráfico 12 - Questão 13



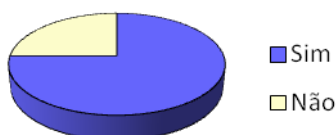
Neste gráfico podemos inferir a qualidade no atendimento efectuada no centro de saúde de Alvalade. Ainda que estas mães recorram ao centro de saúde por imposição da condição para ter acesso ao rendimento social de inserção, acabam por reconhecer a importância das consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica das suas crianças e interiorizar as orientações que lhes são facultadas.

Pesa também a importância que as crianças têm para esta comunidade assim como o bem estar delas.

Nas consultas de enfermagem em saúde infantil e pediátrica do centro de saúde de Alvalade promovemos a capacitação da *“população cigana para o cuidado responsável da sua própria saúde e o uso adequado dos serviços de saúde (...)”* (REAP: 2007).

#### 14. “Conhece o calendário de vigilância de saúde infantil e pediátrica”

Gráfico 13 - Questão 14



Dos 75% da amostra que responderam que conhecem o calendário de vigilância de saúde infantil e pediátrica, referem-se a saber que existe o boletim que lhes é facultado no hospital. Quanto à informação nele contida e aos registos que são efectuados, referem desconhecer. Dos casos de mães que recorreram ao centro de saúde de Alvalade durante o período do meu estágio, algumas referiram que já não sabem onde está o boletim individual de acompanhamento de saúde infantil e pediátrica do seu filho, outras que o boletim se encontra muito estragado, e outras que se esqueceram de trazer.

#### 15. “Existem doenças que podem ser evitadas ou tratadas quando detectadas precocemente”

Gráfico 14 - Questão 15

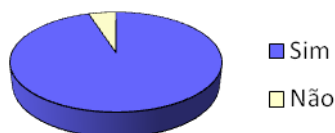


95% da amostra tem consciência que o rastreio e tratamento precoce das doenças contribuem para evitar que se manifestem ou o seu agravamento: “*claro, quanto mais depressa se descobrir é melhor para tratar*” Sic. A detecção precoce permite melhorar a qualidade de vida dos portadores dessas doenças.

No entanto, as consultas de saúde infantil e pediátrica de rotina não são, habitualmente, procuradas livremente, embora se verifique a sua prática mais frequente por parte das mães mais jovens. Aqui também nos deparamos com a representação da procura dos serviços de saúde como prática de cura em situações de doença ou de perigo reconhecido mas a que não se reconhece competência preventiva, de acordo com uma concepção da doença em que os processos interiores do corpo não são compreendidos à luz das explicações da ciência.

16. “Frequenta as consultas de saúde infantil do/ a seu/ sua filho/ a que lhe são indicadas no centro de saúde”

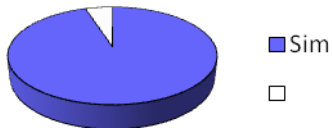
Gráfico 15 - Questão 16



A frequência das consultas de saúde infantil e pediátrica na comunidade de etnia cigana do bairro das Murtas deve-se, por um lado, como referido anteriormente, a uma imposição da escola, sendo esta, por sua vez, imposta pela sociedade: “*se não estiverem inscritos na escola, não lhes é atribuído o Rendimento Social de Inserção*” (Lopes: 2008). Por outro lado, há na equipe de enfermagem do centro de saúde de Alvalade, em parceria com a santa casa da misericórdia e o centro social e paroquial do campo grande, uma preocupação constante com a monitorização da frequência das mesmas, com a sensibilização da população para a necessidade das mesmas, e com a convocatória dos pais para as consultas de SIP que estão em falta para procedermos à conformidade dos respectivos boletins.

17. “Quando leva o seu filho a fazer vigilância de saúde, considera importantes os ensinamentos que lhe são feitos”

Gráfico 16 - Questão 17



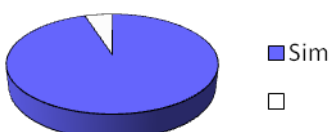
Tal como verificámos na questão 13, neste gráfico também temos a percepção da qualidade no atendimento efectuada no centro de saúde de Alvalade, sendo que 100% das mães que fazem a vigilância de saúde das suas crianças considera importantes os ensinamentos que lhes são feitos. Ainda que estas mães recorram ao centro de saúde por imposição da condição para ter acesso ao rendimento social de inserção, acabam por reconhecer a importância dos ensinamentos que lhes são feitos no âmbito da promoção da saúde das suas crianças aos três níveis de prevenção, contribuindo assim para a melhoria do seu estado de saúde.

Nas consultas de enfermagem em saúde infantil e pediátrica do centro de saúde de Alvalade promovemos a capacitação da “população cigana para o cuidado responsável da sua própria saúde e o uso adequado dos serviços de saúde (...)” (REAP: 2007).

Neste sentido, promovemos também a aquisição de competências parentais que permitam às mães o cuidar abrangente dos seus filhos, perspectivando o seu desenvolvimento e as suas necessidades de saúde como um todo. A estratégia sistematizada de formação aos pais consiste no ensino, na instrução e no treino de capacidades, de onde se esperam obter ganhos em saúde a longo prazo. Segundo Neves (2001: 153) “Os pais e famílias são participantes activos no planeamento e execução dos programas para as suas crianças e na definição de objectivos que estejam de acordo com o seu estilo de vida, preferências e valores culturais. Só assim os pais descobrem as suas próprias competências e capacidades para lidar com o seu filho”

18. “Cumpra as orientações que lhe são facultadas nas consultas de enfermagem em saúde infantil e pediátrica”

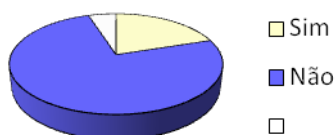
Gráfico 17 - Questão 18



Como foi dito na questão nº 6, as crianças para os ciganos são o bem mais precioso só se considerando consumado o casamento após o nascimento do primeiro filho. O objectivo principal do casamento cigano é a procriação e esta reverte-se de tal importância no seio destes que a invalidação do casamento pode ter como base a esterilidade. Como refere uma mãe “Ninguém ama mais os filhos que os ciganos, os ciganos não abandonam os filhos, não lhes batem, não os matam (referindo-se ao aborto) como vocês, eu não estou a dizer que é você, é algumas pessoas, os outros...” e acrescenta “Tudo o que seja dito para o bem dos nossos filhos, nós fazemos” Sic.

19. “Sente dificuldades em aplicar em casa os ensinamentos que lhe são feitos nas consultas de vigilância de saúde infantil e pediátrica”

Gráfico 18 - Questão 19



Podemos dizer que esta questão se prende muito com a qualidade dos cuidados em saúde na assistência à população da área de abrangência do centro de saúde de Alvalade.

Segundo Leininger (1998: 33) o enfermeiro no exercício das suas funções procura “(...) obter conhecimentos capazes de proporcionar cuidados de enfermagem sensíveis, responsáveis e culturalmente congruentes que conduzam à saúde e ao bem estar dos indivíduos, das famílias, dos grupos ou das comunidades culturais”. Nesta perspectiva, ao cuidarmos dos elementos de grupos culturais diferentes, devemos primeiramente identificar os seus valores culturais dominantes e só depois determinar qual a melhor forma de cuidar dessas mesmas pessoas, ajudando-os a encontrar estratégias para lidar com os problemas.

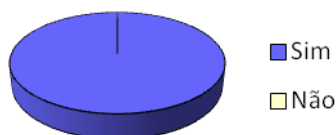
No atendimento a estas mães em relação à vigilância de saúde das suas crianças promovemos o respeito pelos seus valores, costumes, crenças espirituais e práticas relacionadas com a cultura de etnia cigana; promovemos competências parentais; dispusemos dos recursos existentes no centro de saúde de Alvalade e encaminhamos para os recursos da comunidade; informámos e educámos para a saúde de acordo com as etapas de desenvolvimento e crescimento das suas crianças adequando a linguagem de forma a “simplificar e fornecer a informação de forma compreensível, evitando linguagem técnica” (REAP: 2007); sensibilizamos as mães e crianças de um ponto de vista afectivo sendo que nos reconhecem como um elemento de referência na sua comunidade; favorecemos uma relação empática, de ajuda e de confiança.

Segundo REAP (2007) os profissionais de saúde devem ser “ (...) tolerantes e flexíveis com as normas e os horários já que para as comunidades ciganas é especialmente difícil cumprir este requisito”

O conjunto destas medidas promove a adesão ao tratamento. Tal provoca também o aumento do grau de satisfação por parte destas mães e crianças pois se os costumes são diferentes, as carências e motivações também irão ser diferentes, o que leva a necessidades de saúde distintas.

## 21. “Sabe para que servem as vacinas”

Gráfico 19 - Questão 21

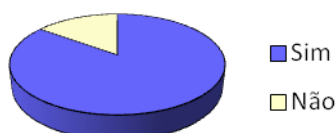


Nesta amostra todos os sujeitos referem que sabem para que servem as vacinas mas, quando se pergunta “Para que servem as vacinas”, a resposta é unânime “Para prevenir as doenças”. E quando se pergunta “Sabe quais são as doenças que as vacinas previnem” a resposta também é unânime “Não”.

Um facto interessante é quando analisamos a questão 28 deste questionário, um dos pedidos mais solicitados pelas mães no sentido da aquisição de hábitos de vida saudáveis para as suas crianças é precisamente a necessidade que sentem em saber “Quais as Doenças que as Vacinas previnem”.

## 22. “Conhece o Plano Nacional de Vacinação”

Gráfico 20 - Questão 22

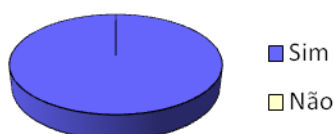


Tal como verificámos na questão 14, dos 85% da amostra que responderam que conhecem o plano nacional de vacinação, referem-se a saber que existe o boletim de vacinas. Quanto à informação nele contida e aos registos que são efectuados, referem desconhecer.

Segundo a REAP (2007) “A maioria dos autores faz referência às dificuldades no acesso à informação em geral e, especificamente sobre a vacinação das crianças, a prevenção e o tratamento de determinadas doenças”. Este facto parece-me que se prende em muito com o baixo nível de escolarização dos ciganos como verificado na parte I deste questionário onde a maior parte das mães têm o segundo ano de escolaridade.

### 23. “Considera importante vacinar as crianças”

Gráfico 21 - Questão 23

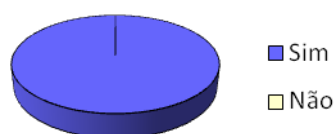


Dados bibliográficos apontam para alguma resistência à vacinação detectável entre os ciganos portugueses. Ainda assim, os pais de etnia cigana estão hoje mais sensibilizados para a vacinação dos seus filhos.

Porém, através da observação empírica, é possível verificar que subsiste uma ignorância generalizada em relação às regras que regem a eficácia da vacinação. A má gestão do tempo pelos pais é um dos factores que coloca em causa o sucesso da vacinação nas crianças de etnia cigana.

### 24. “O boletim de vacinas do seu filho está actualizado”

Gráfico 22 - Questão 24

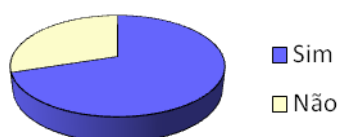


A conformidade verificada dos boletins de Vacinação e Saúde Infantil e Pediátrica carece do esforço contínuo da equipa de enfermagem em conjunto com os parceiros da comunidade, em utilizar estratégias para manter a actualização dos mesmos. Essas estratégias passam pela criação no centro de saúde de um ambiente acolhedor, ensinamentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, motivação das crianças e suas mães para frequentarem o centro de saúde, pela prestação de cuidados culturalmente congruentes, e pelas intervenções realizadas com os parceiros sociais no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Há a considerar aqui também a questão do rendimento social de inserção que, para que estas famílias possam usufruir dele, é condição obrigatória a inscrição no centro de saúde da sua área de residência.

25. “Incomoda-lhe o facto de a picada da vacina ou teste do pezinho provocar uma ligeira dor local no braço ou pé do seu filho e que ele chore”

Gráfico 23 - Questão 25

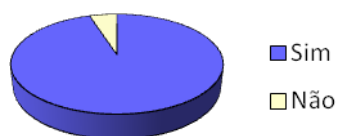


Na concepção dos ciganos “*todas as técnicas invasivas do corpo (...) são (...) assustadoras, (...) contaminadoras do modo de vida impuro, doentio e medicodependente dos não ciganos*” (Silva: 2000). É ainda a simbologia do contágio do modo de vida dos “não ciganos” que faz a aparição do medo das vacinas, sendo que estas têm consequências imediatas (mal estar, dor, inchaço, febre); este quadro é encarado como sinal de doença. “*Mesmo em adultos, os ciganos ainda têm um grande medo da picada e dos seus efeitos*”, refere uma das respondentes ao questionário. Não existe uma adesão à vacinação mas antes uma submissão à imposição de vacinar.

Estas atitudes e comportamentos face à vacinação serão porventura dificilmente compreendidos por quem faz parte da sociedade maioritária e se sente bem integrado. Devemos ter em conta o analfabetismo da população cigana e o seu escasso contacto com as instituições da sociedade dominante que justificam que ela seja uma população ‘incrivelmente desinformada’ em tudo o que se refere aos riscos, à prevenção da doença e à promoção da saúde,

26. “Quando é administrada uma vacina ao seu filho, sabe o que fazer no caso de aparecer uma reacção local”

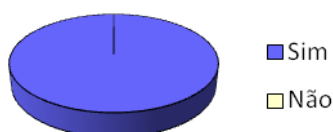
Gráfico 24 - Questão 26



Esta questão prende-se muito com a questão 19 em relação à qualidade dos ensinamentos que são realizados no âmbito da promoção da saúde na criança de etnia cigana. Uma análise aos que responderam “Não” levaria a uma outra questão cujo objectivo não se prende com a temática deste trabalho. De salientar que a grande maioria respondeu “Sim”.

27. “Considera importante ensinar o seu filho a adquirir hábitos de vida saudáveis (Alimentação, Higiene Pessoal, Higiene oral, Protecção solar, Prevenção de acidentes domésticos, Vacinação) ”

Gráfico 25 - Questão 27



A totalidade das mães de etnia cigana que constitui esta amostra considera importante ensinar os seus filhos a adquirir hábitos de vida saudáveis. A cerne da problemática deste trabalho de cariz científico centra-se na concepção de “Hábitos de vida saudáveis nas crianças de etnia cigana”.

No entanto, o grande amor que estas mães sentem pelos seus filhos acrescido pelo facto de considerarem que é importante que os seus filhos adquiram hábitos de vida saudáveis, constitui por si um grande contributo para a mudança da concepção das mães de etnia cigana em relação à vigilância de saúde das suas crianças, o que se traduz na vontade de alterar os seus comportamentos na aquisição de hábitos de vida saudáveis.

A nós cabe-nos utilizar as melhores estratégias para que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam desfrutar de um melhor nível de saúde.

#### NECESSIDADES EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:

Doenças detectadas no Teste do Pezinho – 9 Unidades de enumeração

Doenças que as Vacinas previnem – 6 Unidades de enumeração

Alimentação saudável – 4 Unidades de enumeração

## BIBLIOGRAFIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0**. Genebra: USINE, 2005. ISBN 92-95040-36-8

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**; Lisboa: Edições 70, 1994. ISBN 972 44 0898 1

FERNANDES, João José Santos – **O Doente de Etnia Cigana**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972 98149 4 5.

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**; Loures: Editora Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999. ISBN 972 8383 10 X

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem transcultural: Imperativo da enfermagem mundial**. Lisboa: Revista de Enfermagem 10 (2.<sup>a</sup> série) p. 32-33, 1998.

LIÉGEOIS, Jean-Pierre – **Ciganos e Itinerantes: Dados socioculturais e dados sociopolíticos**. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 1989. 229p. ISBN 92-871-0790-4.

LOPES, Daniel Seabra – **Deriva cigana: um estudo etnográfico sobre os ciganos de Lisboa**. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2008. ISBN 978-972-671-216-9.

NEVES, Cristina Alexandra Brás - **A criança com doença crónica e seus pais**. Nursing. 2001.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**, 3<sup>a</sup> ed.; Porto Alegre: Artes Médicas Sul 1995. ISBN 85 7307 101 X

PORTUGAL, REDE EUROPEIA ANTIPOBREZA (REAP) – **Guia para a Intervenção com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde**. Lisboa, 2007. Depósito Legal – GU 149 2007.

SILVA, Luísa Ferreira da et al. – **A comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária**. IV Congresso Português de Sociologia - Sociedade Portuguesa: Passados recentes, Futuros próximos. Universidade de Coimbra, 17-19 de Abril, 2000.

VASCONCELOS, Pedro Bacelar – **Os ciganos e a Sociedade Portuguesa**, 1999. In: MONTENEGRO, Mirna (org.) – **Ciganos e Educação**. Setúbal: Instituto das Comunidades Educativas, 1999, ISBN 972 96048 4 3

ANEXO VII  
Poster Cuidados com o Sol

# Verão sem escaldão



- Na praia, no campo ou na piscina, o Sol é todo igual
- A eficácia do protector solar normalmente começa 30 minutos após a sua aplicação e deve ser sempre aplicado antes de sair de casa
- Depois de tomares banho, deves reaplicar o protector solar e colocar um chapéu

## Sol com moderação

- As horas mais seguras para te divertires ao sol são aquelas em que a tua sombra consegue ser maior que tu
- Das 11 às 17h não deves estar ao sol; das 12 às 16h o sol é mesmo muito perigoso!



## Sombra como protecção

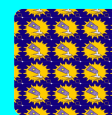
- Se já estás há muito tempo ao sol, veste uma camisola ou de preferência vai para uma sombra
- Protege zonas sensíveis como o decote, ombros e braços



**Ah! Não te esqueças de beber muita água**



**Usa chapéu, roupa adequada, óculos escuros e protector solar de índice elevado (30+)!!!!**



Autoras: Cláudia Neves – Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Fátima Cruz – Mestranda em Enfermagem em Saúde Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, Leonor Gil – Mestranda em Enfermagem em Saúde Infantil/Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, Mónica Soares – Mestranda em Enfermagem em Saúde Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, Paula Baptista – Mestranda em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, Orianeideiane, Carine do Socorro, Carolina Sousa – Enfermeira com Especialidade em Saúde Comunitária, Isabel Patrício – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria  
Fonte: www.ips.gov.pt

1 de Junho de 2010

## ANEXO VIII

Caracterização das Crianças de Etnia Cigana dos 0 aos 11 anos por Morada

## **LISTAGEM DAS CRIANÇAS DE ETNIA CIGANA DOS 0 AOS 11 ANOS RESIDENTES NO BAIRRO DAS MURTAS**

- N° 1 2ª Porteira - Mariana Idiatou Oliveira Bari (08.08.2008)
- N° 2 1º Dto - Gonçalo Luís Marques Vitorino (01.11.2003)
- N° 2 2º Dto – Isaiás Fonseca Guimar (19.09.2006) \*
- N° 2 2º Dto – Tito Morais Fonseca Guimar (01.09.2001) \*
- N° 2 2º Dto – Lisandra Fonseca Guimar (20.04.1997) \*
- N° 2 3º Dto – Jéssica Alexandra Teixeira Maomé (27.02.2007)
- N° 2 3º Esq - Bruno Miguel Semedo Tavares (08.09.2005)
- N° 2 4º Esq - Bianca Vitoreira Lima (06.02.2009)
- N° 2 4º Esq – Diego Marques (29.01.2002)
- N° 2 6º Dto - Levi Maia Lima (08.10.2007) \*
- N° 2 6º Dto - Maisa Maia Lima (08.06.2002) \*
- N° 2 6º Dto – Valdemar Maia Lima (31.10.2000) \*
- N° 3 R/C Dto – Valdir Conceição Raminhos Lito (06.01.2000)
- N° 3 2º Fte - Ruben Miguel Carvalho Ferreira (28.04.2004)
- N° 3 2º Fte - Ariana Alexandra Carvalho Ferreira Santos (16.01.2009)
- N° 3 3º Dto – Joel Andrade Sequeira Rodrigues (20.08.2008)
- N° 3 3º Dto – Alícia Sequeira Rodrigues (04.08.2000)
- N° 3 3º Fte - Nádia Monteiro Sequeira Rodrigues (19.02.2006)
- N° 3 6º Fte – Magda Alexia Maia Garcia (27.03.2005) \*
- N° 3 6º Fte – Hélder Isaac Maia Garcia (21.08.2009) \*
- N° 3 6º Fte - Fernando Gil Maia Garcia (24.04.2001) \*
- N° 4 R/C Esq - Nicole Cardoso Silva (11.09.2006)
- N° 4 R/C Esq - Maria Fabiana Silva Santos (04.11.2006) \*
- N° 4 R/C Esq – Micaela Silva Santos (11.08.1999) \*
- N° 5 2º Dto - Raissa Candeias Vitorino (02.11.2005)?
- N° 5 2º Dto – Sandra Melissa Vitorino (21.07.2003)?
- N° 5 2º Dto - Sandro Vitorino Silva Serrano (16.09.2007)
- N° 5 5º Esq - Rafael Filipe Pedro Marques (08.04.2006) \*
- N° 5 5º Esq – Marco Rui Pedro Marques (11.06.2003) \*
- N° 7 R/C Dto - Aurélio Dias Vitorino (24.05.2006) \*
- N° 7 R/C Dto – José Dias Vitorino (14.04.2008) \*
- N° 7 R/C Dto – Emanuel David Vitorino Brazão Barros (24.11.2008)

- N° 8 2° Esq - Lara Sofia Dias da Silva (22.05.2005)
- N° 9 1° Esq – Diana Vitorino Cabeçana (27.02.2003) \*
- N° 9 1° Esq – Hugo Vitorino Cabeçana (02.08.2000) \*
- N° 9 2° Dto – Guida Marques Vitorino (10.08.2001)
- N° 9 2° Esq – Anaisa Perrulas Vitorino (04.02.2003) \*
- N° 9 2° Esq – Cassandra Melina Perrulas Vitorino (20.05.2008) \*
- N° 9 2° Esq – Aurélio Perrulas Vitorino (30.10.2000) \*
- N° 9 2° Esq – António Telmo Perrulas Vitorino (06.01.1999) \*
- N° 11 R/C Dto – Marta Miriam Grilo Maia (03.04.2007)
- N° 11 R/C Dto – Danilo Maia Grilo (25.05.1999) \*
- N° 11 R/C Dto – Iuri Ademar Maia Grilo (25.05.1999) \*
- N° 11 1° Esq – Patrícia Raquel Teles Raminhos (10.12.2002) \*
- N° 11 1° Esq – Rafael André Teles Raminhos (13.10.1998) \*
- N° 11 4° Esq - Bernardino Silva Pinto (19.01.2006) \*
- N° 11 4° Esq - Carla João Silva (06.06.2007) \*
- N° 11 4° Fte - Fábio Fernandes Balão (11.01.2007) \*
- N° 11 4° Fte - Micaela Santos Balão (08.01.2010) \*

#### LEGENDA

- 0 – 6 Anos
- 6 – 11 Anos
- \* Irmãos

ANEXO IX

Conformidade dos Boletins de Vacinas e Consultas de Saúde Infantil

**CRIANÇAS DE ETNIA CIGANA RESIDENTES NO BAIRRO DAS MURTAS (0 – 6 Anos)**

	<b>Nome</b>	<b>Data Nascimento</b>	<b>Vacinação</b>	<b>Consultas S. Infantil</b>		<b>Instituição</b>	<b>Referência NPCJR</b>
1	Micaela Santos Balão	08-01-2010	Actualizado	10-05-2010	4 Meses	USF	
2	Hélder Isaac Maia Garcia	21-08-2009	Actualizado	27-05-2010	9 Meses	USF	
3	Bianca Vitoreira Lima	06-02-2009	Actualizado	24-03-2010	12 Meses	CSA	Sim CSA
4	Ariana Alexandra Carvalho Ferreira	16-01-2009				Não inscrita	
5	Emanuel David Vitorino Brazão	24-11-2008	Actualizado	27-05-2010	18 Meses	USF	
6	Joel Andrade Sequeira Rodrigues	20-08-2008	Actualizado	12-03-2010	18 Meses	USF	
7	Mariana Idiatou Oliveira Bari	08-08-2008	Actualizado	03-03-2010	18 Meses	CSA	Sim CSA
8	Cassandra Melina Perrulas Vitorino	20-05-2008	18 Meses	19-01-2010	18 Meses	USF	Sim USF
9	José Dias Vitorino	14-04-2008	Actualizado	20-05-2010	2 Anos	USF	
10	Levi Maia Lima	08-10-2007	Actualizado	08-10-2009	2 Anos	USF	
11	Carla João Silva	06-06-2007				Não inscrita	
12	Marta Miriam Grilo Maia	03-04-2007	Actualizado	18-05-2009	2 Anos	CSA	
13	Fábio Fernandes Balão	11-01-2007	Actualizado	10-05-2010	3 Anos	USF	
14	Maria Fabiana Silva Santos	04-11-2006	Actualizado	05-11-2009	3 Anos	USF	
15	Isaías Fonseca Guimar	19-09-2006				Não inscrito	
16	Nicole Cardoso Silva	11-09-2006	Actualizado	26-11-2009	3 Anos	USF	
17	Aurélio Dias Vitorino	24-05-2006	Actualizado	20-05-2010	4 Anos	USF	
18	Rafael Filipe Pedro Marques	08-04-2006	Actualizado			USF	
19	Nádia Monteiro Sequeira Rodrigues	19-02-2006	Actualizado	12-11-2009	3 Anos	USF	Sim CSA
20	Bernardino Silva Pinto	19-01-2006				Não inscrito	
21	Raissa Candeias Vitorino	02-11-2005	Actualizado	25-03-2010	4 Anos	USF	
22	Bruno Miguel Semedo Tavares	08-09-2005	Actualizado	05-04-2010	4 Anos	CSA	
23	Lara Sofia Dias da Silva	22-05-2005	Actualizado	02-02-2010	4 Anos	CSA	Sim CSA
24	Magda Alexia Maia Garcia	27-03-2005		29-03-2010	!!!	USF	
25	Ruben Miguel Carvalho Ferreira	28-04-2004				Não inscrito	

Saltou algumas Saltou uma Não fez a dos 3 e 4 anos. Veio por doença, provavelmente deve ter feito a de vigilância Não fez a dos 2 e a dos 4 anos Recorre muito por doença urgência mas vem todos os anos

**CRIANÇAS DE ETNIA CIGANA RESIDENTES NO BAIRRO DAS MURTAS (6 – 11 Anos)**

	Nome	Data Nascimento	Vacinação	Consultas S. Infantil		Instituição	Referência NPCJR
1	Gonçalo Luís Marques Vitorino	01-11-2003	Atualizado	25-05-2010	5-6 Anos	USF	
2	Sandra Melissa Vitorino	21-07-2003	Atualizado	22-10-2010	5-6 Anos	USF	
3	Marco Rui Pedro Marques	11-06-2003	Atualizado	25-02-2010	5-6 Anos	USF	
4	Diana Vitorino Cabeçana	27-02-2003	Atualizado	08-10-2009	5-6 Anos	USF	
5	Anaisa Perrulas Vitorino	04-02-2003	Atualizado	19-01-2010	5-6 Anos	USF	Sim
6	Patrícia Raquel Teles Raminhos	10-12-2002	Atualizado	18-02-2010	5-6 Anos	USF	
7	Maisa Maia Lima	08-06-2002	Atualizado	15-10-2009	5-6 Anos	USF	
8	Diego Marques	29-01-2002	Atualizado	28-05-2010	8 Anos	CSA	Sim
9	Paulo Jorge Monteiro Sequeira Rodrigues	15-09-2001	Atualizado	05-06-2009	5-6 Anos	USF	Sim
10	Tito Morais Fonseca Guimar	01-09-2001				Não inscrito	
11	Guida Marques Vitorino	10-08-2001	Atualizado	26-03-2010	8 Anos	USF	
12	Fernando Gil Maia Garcia	24-04-2001	Atualizado	26-10-2009	8 Anos	USF	
13	Valdemar Maia Lima	31-10-2000	Atualizado	08-10-2009	8 Anos	USF	
14	Aurélio Perrulas Vitorino	30-10-2000	Atualizado	19-01-2010	8 Anos	USF	
15	Alícia Sequeira Rodrigues	04-08-2000	Atualizado	15-01-2010	8 Anos	USF	
16	Hugo Vitorino Cabeçana	02-08-2000	Atualizado	27-04-2010	8 Anos	USF	
17	Valdir Conceição raminhos Lito	06-01-2000	5-6 Anos	11-03-2003	3 Anos	CSA	
18	Micaela Silva Santos	11-08-1999	Atualizado	14-01-2010	8 Anos	USF	
19	Danilo Maia Grilo	25-05-1999	Atraso todas	29-09-2008	8 Anos	CSA	
20	Iuri Ademar Maia Grilo	25-05-1999	Atraso todas	29-09-2008	8 Anos	CSA	
21	António Telmo Perrulas Vitorino	06-01-1999	Atualizado	19-01-2010	11-13 Anos	USF	
22	Rafael André Teles Raminhos	13-10-1998	Atualizado	25-05-2010	11-13 Anos	USF	Sim
23	Lisandra Fonseca Guimar	20-04-1997				Não inscrito	

ANEXO X  
Trabalho “Teste do Pezinho”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro  
de Saúde  
de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo II

# **TESTE DO PEZINHO**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

**Lisboa, Novembro de 2010**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro de Saúde de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo II

# **TESTE DO PEZINHO**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Professora tutora: Teresa Rasquilho Vidal

Enfermeira orientadora: Carlota Sousa

**Lisboa, Novembro de 2010**

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**IGM** – Instituto de Genética Médica

**PNDP** – Plano Nacional de Diagnóstico Precoce

**PKU** – Phenylketonuria

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**Fig.** – Figura

## ÍNDICE

<b>0 – NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>194</b>
<b>1 – TESTE DO PEZINHO .....</b>	<b>196</b>
1.1 – COMO SE EFECTUA O EXAME.....	197
1.2 – PRINCIPAIS DOENÇAS QUE SE PODEM DIAGNOSTICAR .....	198
1.3 – COMO TER ACESSO AOS RESULTADOS .....	203
<b>2 – AVALIAÇÃO.....</b>	<b>205</b>
<b>3 – BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>207</b>

## ANEXOS

- ANEXO I – Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Doenças detectadas no Teste do Pezinho”
- ANEXO II – Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde “Doenças detectadas no Teste do Pezinho”
- ANEXO III – Guião de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Doenças detectadas no Teste do Pezinho”
- ANEXO IV – Diapositivos de apoio à apresentação em data-show da Sessão de Educação para a Saúde “Doenças detectadas no Teste do Pezinho”

## ÍNDICE DE FIGURA

- FIGURA I – Técnica para realização do Teste do Pezinho

## **0 – NOTA INTRODUTÓRIA**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio – Módulo II, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, e no seguimento do Levantamento das Necessidades em Saúde na Comunidade proposto para a Unidade Curricular Estágio – Módulo I, é elaborado o Plano de Intervenção.

Do processo da análise de conteúdo ao questionário aplicado a 20 mães de etnia cigana residentes num bairro de realojamento social da cidade de Lisboa com crianças dos 0 aos 11 anos, obtivemos como necessidades prioritárias no âmbito da Educação para a Saúde:

- Doenças detectadas no Teste do pezinho – 9 Unidades de enumeração;
- Doenças que as vacinas previnem – 6 Unidades de enumeração;
- Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos – 4 Unidades de enumeração.

Começamos por desenvolver o tema mais solicitado para intervenção no âmbito da Prevenção Secundária.

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) iniciou-se em 1979 por iniciativa do Instituto de Genética Médica, incluindo inicialmente apenas o rastreio da Fenilcetonúria (PKU).

Os primeiros meses foram destinados ao estudo da receptividade das mães para esta nova tecnologia, escolha do tipo de organização mais aconselhável para o nosso país, análise das várias metodologias de trabalho, entre outras. Procedeu-se ainda à divulgação dos objectivos do rastreio e à discussão do modelo organizativo proposto tendo sido os distritos do Porto, Braga e Funchal os primeiros a apresentar taxas de cobertura significativas.

Foi dirigido posteriormente à pesquisa do Hipotiroidismo. Na criança, quando estas doenças não são tratadas levam ao atraso mental.

Mais tarde o teste foi alargado a mais 23 doenças hereditárias do metabolismo.

Hoje em dia o Teste do Pezinho permite detectar precocemente mais de 25 patologias que irão interferir na qualidade de vida do indivíduo. Este teste é indicado para todos os recém-nascidos.

O PNDP é um Programa Nacional de Saúde Pública cuja componente laboratorial está centralizada num único laboratório nacional: a Unidade de Rastreio Neonatal, que está sedado no Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães no Porto.

As intervenções na área da Promoção da Saúde têm que ter em conta os factores comportamentais determinantes da saúde da comunidade como crenças, atitudes, valores, incentivos, obstáculos face aos quais podemos exercer a nossa influência. O conceito de saúde para a maioria da população de etnia cigana assenta principalmente na “ausência de doença” e esta última é vista de uma perspectiva maioritariamente sobrenatural ou como destino. Acreditam que a saúde não se promove nem a doença se previne pelo que é irrelevante procurar cuidados de saúde quando se está bem, recorrendo-se a estes em situação de doença com carácter de urgência para que se diagnostique a gravidade e a resolução do problema. Neste sentido torna-se imperioso nesta comunidade a difusão do conceito de Saúde aos três níveis de prevenção.

Este trabalho tem como objectivos gerais:

- Promover hábitos de vida saudáveis junto da população de mães de etnia cigana residentes no bairro das Murtas com crianças dos 0 aos 11 anos, no âmbito da prevenção secundária;
- Sensibilizar estas mães para a importância da realização do Teste do Pezinho nas suas crianças;
- Alertar para as doenças que podem ser detectadas no Teste do Pezinho;
- Prevenir distúrbios provocados pelas doenças detectadas no Teste do Pezinho.

## **I – TESTE DO PEZINHO**

O Teste do Pezinho ou teste de Guthrie é um exame realizado entre o 3º e 6º dia de vida do recém-nascido, para diagnosticar precocemente doenças metabólicas, infecciosas e genéticas. Estas doenças poderão causar alterações graves no bebé que, se não forem diagnosticadas e tratadas, poderão provocar sequelas para o resto da vida.

O Teste do Pezinho é um exame laboratorial considerado simples realizado através da análise de gotas de sangue do recém-nascido. Tem este nome devido a ser realizado no pé do bebé. É escolhido o calcanhar porque é uma zona rica em vasos sanguíneos, o que permite colher a quantidade de sangue necessário apenas com uma picadela.

O sangue é armazenado sob a forma de pequenas manchas num papel de filtro que é posteriormente utilizado para os testes laboratoriais que permitem rastrear diversas doenças.

Será entregue aos pais um talão destacável das fichas de rastreio com um código para que estes possam aceder ao resultado do teste via Internet 15 dias após a realização do Diagnóstico Precoce. Em caso dos pais não terem disponibilidade de aceder à internet, apenas no caso de as análises não serem normais é que estes serão contactados ou em caso de necessidade de alguma confirmação laboratorial.

O Teste do Pezinho é realizado habitualmente nos Centros de Saúde uma vez que a alta hospitalar na maioria dos casos é dada 24 a 48 horas após o parto, podendo também ser feito na maternidade onde o bebé nasceu, no Instituto de Genética Médica, ou no médico particular.

Agora é possível também saber atempadamente se a ficha com o sangue do seu bebé deu ou não entrada no Instituto de Genética Médica (IGM). O IGM é sede da Comissão Nacional para o Diagnóstico Precoce e funciona como centro de toda a organização do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.

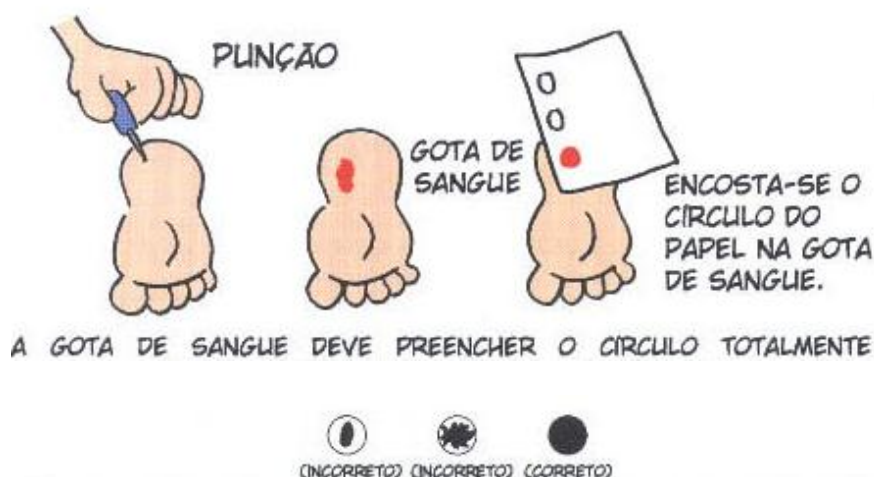
Este tipo de consulta é uma ideia inovadora, que surge no sentido de disponibilizar aos utentes, uma informação em termos de NORMAL ou EM CURSO.

## 1.1 – COMO SE EFECTUA O EXAME

- 1) O primeiro passo consiste na obtenção de uma amostra de sangue através de uma picada na face lateral do calcanhar do recém-nascido. O sangue é armazenado sob a forma de pequenas manchas num papel de filtro contido no cartão de Guthrie, que é posteriormente utilizado para os testes laboratoriais.
- 2) Este exame deve ser feito com assepsia utilizando álcool 70°; a picada na zona lateral do pé pretende reduzir a probabilidade de tocar no osso com a agulha e surgir osteomielite ou celulite na zona da punção.
- 3) Puncionar vigorosamente com lanceta estéril com ponta perfurante até obter uma gota considerável de sangue. Evitar puncionar em locais previamente puncionados.
- 4) Deixar que a quantidade suficiente de sangue aplicada numa das faces do papel seja absorvida até preencher completamente o círculo impresso no papel de filtro. Verificar no verso do papel de filtro para confirmar se houve saturação. Não aplicar camadas sucessivas de gotas de sangue nem aplicar sangue mais de uma vez no mesmo círculo colector. Evitar tocar ou esfregar as amostras.
- 5) Proceder à desinfecção do local de punção e aplicar penso rápido.
- 6) Pode utilizar-se um suporte para secagem. Quando a amostra estiver seca deverá apresentar uma coloração acastanhada.

Sendo este um procedimento doloroso, os pais devem participar o mais que puderem neste acto acarinhando o bebé, confortando-o, falando com ele num tom de voz suave e meigo de modo a transmitirem segurança.

**Figura I - TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO**



## I.2 – PRINCIPAIS DOENÇAS QUE SE PODEM DIAGNOSTICAR

O Teste do Pezinho abrange praticamente todos os recém-nascidos em Portugal (mais de 99%). Atualmente detecta mais de 25 doenças metabólicas hereditárias antes de surgirem os primeiros sintomas, as quais irão interferir na qualidade de vida do indivíduo.

### – **Fenilcetonúria**

A Fenilcetonúria é uma doença genética caracterizada pela ausência ou carência de uma enzima ligada ao metabolismo do aminoácido fenilalanina. Esse aminoácido está presente na proteína de vários alimentos como a carne, o leite e os ovos. Em consequência a fenilalanina acumula-se no sangue do recém-nascido com efeitos tóxicos no sistema nervoso central levando a compromisso no desenvolvimento neurológico da criança, podendo causar vários graus de deficiência até à deficiência mental severa.

Se for diagnosticada de forma precoce, os efeitos da Fenilcetonúria podem prevenir-se totalmente, mas o tratamento (que consiste numa dieta especial pobre em fenilalanina) deverá fazer-se para toda a vida uma vez que a doença não tem cura. Seguindo a dieta recomendada as crianças crescerão de uma forma normal. Os alimentos que contêm maior quantidade de fenilalanina são as carnes, os ovos e o leite. Como o leite materno também contém fenilalanina, embora em reduzidas quantidades, até há algum tempo era contra-indicado para aqueles recém-nascidos que sofriam da doença. A tendência actual é para que os bebés recebam uma alimentação mista com leite materno e um complemento pobre em fenilalanina. A Fenilcetonúria é definitiva ou seja, para toda a vida.

### – **Hipotiroidismo Congénito**

O Hipotiroidismo congénito é uma doença produzida pelo desenvolvimento anormal ou pela ausência da glândula tiróide. Esta glândula situada no pescoço produz a hormona tiroideia que intervém no crescimento e desenvolvimento. Quando a tiróide falta ou não se desenvolve normalmente, não se produz a hormona tiroideia fundamental para o desenvolvimento do sistema nervoso nos primeiros momentos de vida. A sua falta durante as primeiras semanas de vida produz um grave dano no cérebro que causa atraso mental. Por este motivo, é importante que se detecte e trate de forma precoce e assim evitar danos neurológicos sérios.

Como o Hipotireoidismo congénito não tem sintomas precocemente, é necessário detectá-lo através de uma prova de laboratório. O tratamento consiste em substituir a hormona tiroideia em falta por um substituto. Com a administração desta hormona de forma precoce os bebés crescerão completamente normais. Na maior parte dos casos esta doença é definitiva ou seja, para toda a vida, embora uma pequena percentagem possa recuperar-se

– **Toxoplasmose Congénita**

É uma doença infecciosa que ocorre durante a gravidez, causada pelo parasita toxoplasma gondii, podendo apresentar manifestações oculares, a nível do sistema nervoso central (CNS) e sistémicas.

Em regra, as mulheres grávidas e os recém-nascidos que estão infectados por toxoplasmose não apresentam sintomas. No entanto, o feto pode crescer no útero de forma muito lenta e nascer prematuramente. O bebé pode ter a cabeça pequena, icterícia, o fígado e o baço aumentados, inflamação do coração, dos pulmões, ou dos olhos, erupções, uma pressão do líquido cefalorraquidiano elevada devido a um aumento da quantidade do mesmo que rodeia o cérebro ou à presença de depósitos de cálcio no cérebro e convulsões.

Alguns bebés que apresentam estes sintomas adoecem gravemente e morrem pouco depois. Outros apresentam lesões permanentes, incluindo inflamação do interior do olho (coriorretinite), atraso mental, surdez e convulsões. Estas anomalias podem aparecer anos mais tarde nas crianças que pareciam saudáveis ao nascer.

O diagnóstico precoce através de anticorpos da classe IgM e o tratamento da infecção podem evitar ou minimizar complicações futuras.

– **Deficiência de Biotinidase**

Doença genética de carácter autossómico recessivo que pode ser tratada com o suplemento de biotina. A biotina é uma substância que é retirada dos alimentos pela enzima biotinidase que não é produzida em quantidade suficiente. A deficiência desta enzima resulta na incapacidade de libertar biotina dos alimentos com consequente deficiência secundária da actividade de várias enzimas mitocondriais. O diagnóstico precoce e o suplemento diário de altas doses de biotina previne o desenvolvimento das manifestações clínicas.

Os sintomas do deficit de biotina são: convulsões, alterações na coordenação motora, fraqueza muscular, queda de cabelo e atraso no desenvolvimento.

– **Hiperplasia Congênita das Supra-renais (HCS)**

A hiperplasia congênita das supra-renais compreende, na realidade, uma série de anormalidades das glândulas supra-renais. As pessoas afectadas pela doença não produzem quantidades suficientes de cortisol e aldosterona e, por outro lado, têm quantidades excessivas de andrógenos. Nas meninas esse aumento pode exacerbar as características sexuais masculinas como o aparecimento de pêlos e aumento do clítoris; nos meninos resulta no aumento do pênis e aparecimento precoce dos pêlos. Em ambos os sexos pode causar perda exagerada de sais e aumento de potássio, levando até à morte.

O seu diagnóstico precoce é importante para evitar a fragilização óssea e, nalguns casos, a severa crise de perda de sal que pode levar à morte nas primeiras semanas de vida.

– **Anemia Falciforme**

A Anemia Falciforme é hereditária. Nos doentes com anemia falciforme a hemoglobina assume o formato de foice ou meia-lua alterando também a forma dos glóbulos vermelhos e prejudicando a sua passagem pelas veias e artérias. Essa dificuldade pode levar a uma oxigenação deficiente do organismo e gerar complicações em praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo. Existem vários graus de Anemia Falciforme.

O diagnóstico precoce desta doença possibilita a instituição de medidas profiláticas diminuindo a morbidade. O exame a ser solicitado é a Pesquisa de Hemoglobinopatias que uma vez presente deverá ser confirmada por exames complementares.

– **Fibrose Quística**

A Fibrose Quística ou Mucoviscidose é a mais frequente das doenças genéticas detectáveis através do Teste do Pezinho na população branca. Embora seja uma doença incurável, o diagnóstico e tratamento precoces melhoram incrivelmente a qualidade de vida.

É caracterizada pelo transporte deficiente do cloro e do sódio nas membranas celulares, o que leva à produção de um muco grosso e pegajoso. Esse muco pode provocar entupimento nos pulmões causando dificuldades respiratórias e facilitando a proliferação de bactérias. O suor apresenta altas concentrações de sódio e cloro e há insuficiência no pâncreas, o que afecta a digestão

Atenção: Um teste positivo não faz o diagnóstico mas indica que há grande possibilidade de Fibrose Quística.

A Fibrose Quística pode apresentar-se em diferentes graus, desde formas muito leves até muito severas levando ao aparecimento das dificuldades respiratórias e intestinais. Embora não exista um tratamento para evitar os seus efeitos, mediante a detecção precoce e algumas medidas preventivas é possível atenuá-los significativamente, inclusivamente nos casos mais graves. O diagnóstico precoce ajuda os pais a procurar a assessoria pediátrica adequada que permita implementar medidas de prevenção eficazes face a resfriados, diarreias, entre outras, de modo a proporcionar aos seus filhos uma melhor qualidade de vida.

– **Galactosémia**

É uma doença hereditária autossómica recessiva caracterizada pela impossibilidade de degradar a galactose, um açúcar que se encontra presente no leite tanto materno como artificial ou de vaca. Se for diagnosticada atempadamente (antes do primeiro mês de vida), com uma dieta livre de galactose o bebé poderá levar uma vida normal. Caso contrário, os sintomas aparecem nas primeiras semanas de vida com vómitos, diarreia, icterícia, cirrose hepática, convulsão, catarata, e deficiência mental, A criança corre risco de vida por insuficiência hepática e renal.

Esta é a menos frequente de todas as doenças a que se faz pesquisa.

– **Deficiência da G6PD**

A glicose-6-fosfato dehidrogenase (G6PD) é uma enzima das hemácias com herança genética ligada ao cromossoma X, que é importante na manutenção da hemoglobina. A deficiência desta enzima causa instabilidade na membrana das hemácias podendo facilitar o aparecimento de anemias hemolíticas de intensidade variável.

O diagnóstico precoce permite o controle dos factores de risco e a melhoria da qualidade de vida do utente.

– **E.I.M. (Erro Inato Metabólico) dos aminoácidos através da cromatografia**

Através da cromatografia pode-se diagnosticar a fenilcetonúria e outras aminoacidopatias tais como: homocistinúria, tirosinemia, leucinose, etc...

– **Infecção Congénita pelo HIV**

A detecção precoce da infecção pelo HIV e o acompanhamento médico especializado podem melhorar muito a qualidade de vida dos portadores do vírus. A positividade do exame anti-HIV em recém-nascidos pode significar apenas infecção materna, e a

realização do teste anti-HIV na mesma amostra do Teste do Pezinho permite a selecção dos recém-nascidos que devem ser submetidos aos testes confirmatórios.

– **Deficiência da MCAD (ACIL-CoA Desidrogenase da Cadeia Média)**

É uma doença autossómica recessiva cuja alteração está localizada no cromossoma I e apresenta uma maior incidência em descendentes de brancos do norte europeu. Aparece igualmente em ambos os sexos e o início das manifestações clínicas pode dar-se entre os dois dias e os seis anos de idade. A deficiência da MCAD impede a transformação de ácidos gordos em energia e por isso, em determinadas situações que provoquem hipoglicémia (como febre, jejum prolongado, entre outros), o utente poderá apresentar paragem cardíaca, respiratória e/ou convulsões. Esta deficiência pode ser a responsável por 1 a 3% das mortes súbitas de crianças atribuídas à Síndrome da Morte Súbita Infantil.

– **Sífilis**

A presença de anticorpos IgM para *Treponema Pallidum* caracteriza uma infecção aguda, sendo útil para o diagnóstico de sífilis congénita. A transmissão pode ocorrer em qualquer período da gestação: da gestante para o feto, via transplacentária ou durante o parto. Quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas circulantes com maior comprometimento fetal. O recém-nascido pode apresentar desde os primeiros dias problemas de pele, ossos, baço, fígado e até do sistema nervoso central. Alguns podem ser assintomáticos e manifestar a doença anos depois. A incidência é de até cinco em cada mil nascidos vivos.

– **Doença das Chagas**

É uma parasitose causada pelo *Trypanosoma Cruzi* que pode ser transmitida por transfusão, por via transplacentária ou pelo vector percevejo (vulgarmente conhecido por barbeiro). De entre os sintomas podemos citar: hepatoesplenomegalia, anemia, dores ósseas e musculares, alterações cardíacas (cardiomegalia). O recém-nascido pode apresentar sinais clínicos desde o nascimento ou passar anos assintomático.

– **Citomegalovirose**

A citomegalovirose é causada por um vírus (citomegalovírus) específico, que pode ser transmitido por via placentária, no canal de parto, ou contágio após o nascimento. A infecção normalmente é benigna, mas a infecção materna primária pode resultar em graves consequências para o feto tais como: coriorretinite, microcefalia, calcificações cerebrais, hidrocefalia, hepatoesplenomegalia. Recém-nascidos normais podem

tardamente apresentar: perda auditiva, deficiência visual e atraso mental. A infecção pode atingir 1% dos recém-nascidos vivos.

– **Rubéola**

A Rubéola é uma infecção altamente contagiosa causada por um vírus. A mãe infectada pode apresentar quadro clínico pouco significativo o que não diminui a importância da infecção fetal. O factor de maior importância é a fase da gestação em que ocorre a infecção, sendo mais grave nos três primeiros meses. A síndrome de rubéola congénita pode incluir atraso do crescimento, deficiência auditiva, alterações cardíacas, catarata, compromisso do sistema nervoso central, hepatoesplenomegalia.

### 1.3 – COMO TER ACESSO AOS RESULTADOS


Os resultados do Teste do Pezinho podem agora ser consultados através da internet.

Poderá ainda saber-se atempadamente se a ficha com o sangue do bebé deu ou não entrada no Instituto de Genética Médica.

Para conhecer o resultado do Teste do Pezinho apenas é necessário ter o número de código de barras e aceder ao site do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. O Kit onde vem o material da colheita contém o site e o código para se poder consultar o resultado na internet.

#### **Como consultar?**

1º) Aceder à página: [http://www.diagnosticoprecoce.org/result\\_entry.php](http://www.diagnosticoprecoce.org/result_entry.php);

2º) Clicar em  no lado inferior direito da página;

3º) Introduzir o número do código de barras que foi entregue na altura da colheita.

Este tipo de consulta surge no sentido de disponibilizar aos utentes uma informação em termos de NORMAL ou EM CURSO.

#### **Nota:**

- A informação de que a ficha deu entrada no Instituto é colocada on-line normalmente a partir da 2.<sup>a</sup> semana a seguir à colheita.
- O resultado é colocado on-line normalmente a partir da 4.<sup>a</sup> semana a seguir à colheita.

No caso de ser diagnosticada alguma doença os pais continuam a ser avisados mais cedo directamente do Instituto de Genética Médica pelo telefone, ou através da Unidade de Saúde mais próxima, normalmente 10 a 15 dias após o nascimento do bebé para posterior repetição de colheita ou para iniciar o tratamento o mais precocemente possível.

## 6 – AVALIAÇÃO

A Educação para a Saúde é um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde.

A declaração de Alma Ata considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a Informação e a Educação para a Saúde. Assim 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.

Considerando a Educação para a Saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a actuação 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 (Amorim, 2000; citado por Carvalho, 2006).

As intervenções de enfermagem no campo da Educação para a Saúde na comunidade de etnia cigana revelam-se de extrema importância, visando integrar no conceito de “Saúde” não só a “ausência de doença”, mas o conceito de “Pessoa” como um Ser holístico na busca constante de bem-estar e melhor qualidade de vida, logo, na necessidade de se sentir saudável a todos os níveis.

Na sessão de Educação para a Saúde sobre Doenças detectadas no Teste do Pezinho, de uma população alvo de 30 mães estiveram presentes 14, o que superou as nossas expectativas. Sendo que a Saúde para as Pessoas de etnia cigana é sentida apenas como ausência de doença, e não detêm comportamentos preventivos, procurado o médico só quando se manifesta alguma ‘maleita’, consideramos a proporção 46,7% de mães presentes nesta sessão de Educação para a Saúde bastante significativa.

Isto poderá dever-se ao facto de que os cuidados de saúde, conforme literatura consultada, estão a cargo da mulher, sendo “*ela que se dirige aos organismos públicos ou sociais, é a educadora dos filhos pequenos tal como das filhas até ao casamento*” Chaves (2001: 27). Por outro lado pesa

também o facto de que uma das características da comunidade de etnia cigana é o amor que nutrem pelos seus filhos tornando-se a Promoção da Saúde nestas crianças um assunto que lhes merece especial atenção e cuidado.

Relativamente aos objectivos propostos, poder-se-á dizer que os conteúdos expostos foram apreendidos, visto que a quase totalidade das mães responderam correctamente às questões colocadas no final da sessão (Anexo IV). A questão cuja resposta suscitou controvérsia foi 'Quantas doenças se podem detectar no Teste do Pezinho'. Pensamos que as mães se concentraram nos exemplos das doenças mais comuns que foram expostas no diapositivo passando para segundo plano o número total de doenças que hoje em dia se podem detectar no Teste do Pezinho. Foi reforçado o ensino neste campo. Constatamos também que 12 mães identificaram pelo menos uma doença que pode ser detectada no Teste do Pezinho (Anexo IV).

Ao longo da exposição da sessão as mães mostraram-se bastante interessadas e sensibilizadas, cooperando com exemplos e partilha de experiências. No final não demonstraram dúvidas nos conteúdos abordados.

Como estratégias de motivação e aprendizagem foram utilizados reforços positivos ao longo da sessão como o elogio, a participação activa, e a distribuição no final da sessão de kits de primeiros socorros compostos por: 1 balão de betadine 5cc, 2 balões de soro fisiológico 10cc, 2 pacotes de compressas esterilizadas 5/ 5cm, e 4 pensos rápidos com motivos infantis.

A realização desta sessão de Educação para a Saúde foi para mim extremamente gratificante pela oportunidade que me deu no desenvolvimento de competências científicas, pedagógicas, e de relação com estas mães de etnia cigana. Por ter desenvolvido esta temática com a qual não me encontro familiarizada no exercício das minhas funções em contexto hospitalar, considero que foi uma experiência extremamente enriquecedora que me proporcionou aprendizagem e crescimento tanto a nível pessoal como profissional.

Para dar resposta ao segundo tema por estas mães solicitado (Doenças que as vacinas previnem com 6 Unidades de enumeração), foi distribuído um folheto com conteúdo alusivo ao tema (Anexo VI).

## 7 – BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4

CHAVES, Maria Helena Torres - **Que sorte, Ciganos na nossa escola!**. Lisboa: Secretariado Entreculturas (Ministério da Educação), Coleção Interface. 2001, ISBN 972-8339-29-1

COMISSÃO NACIONAL PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE – Instituto de Genética Médica.

WHALEY, Lucille; WONG, Donna L. - **Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**, 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0

## SITIOS

[http://www.diagnosticoprecoce.org/teste\\_pezinho.htm](http://www.diagnosticoprecoce.org/teste_pezinho.htm)

[http://www.diagnosticoprecoce.org/result\\_entry.php](http://www.diagnosticoprecoce.org/result_entry.php)

<http://www.google.pt/images>

<http://www.portalis.co.pt/cartilha-do-hipotiroidismo-congenito-teste-do-pezinho/> (em linha)  
acedido em 1,2 e 3 de Novembro de 2010.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

Plano de Sessão de Educação para a Saúde – Doenças detectadas no Teste do Pezinho

## PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Doenças detectadas no Teste do Pezinho.

**Grupo a que se destina:** 30 mães de etnia cigana a residir num bairro de realojamento social na cidade de Lisboa com crianças cujas idades compreendem os 0 e os 11 anos.

**Local:** Loja Social cedida pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, bairro das Murtas.

**Data e hora:** 5 de Novembro de 2010 das 15.30h às 16.30h.

### Objectivos:

- Que as mães saibam para que é feito e quando deve ser feito o Teste do Pezinho;
- Que as mães consigam identificar algumas doenças detectadas no Teste do Pezinho;
- Que as mães saibam como ter acesso aos resultados;
- Que as mães saibam como agir no caso de ser detectada uma doença no Teste do Pezinho.

**Prelectora:** Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem de Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

**Orientadora:** Carlota Sousa – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária no Centro de Saúde de Alvalade.

**Apoios/ Parcerias:** MEDA Pharma/ Centro Social e Paroquial do Campo Grande.

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
<b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Apresentação da prelectora</li><li>– Apresentação do tema e sua importância</li></ul>	Expositivo/ Participativo	Data-Show	5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– O que é o Teste do Pezinho</li><li>– Quando deve ser realizado</li><li>– Técnica para realização do Teste do Pezinho</li><li>– Principais doenças que se podem detectar</li><li>– Como ter acesso aos resultados</li><li>– Em caso de teste positivo para determinada doença</li></ul>	Expositivo Demonstrativo Interactivo	Data-Show  Cartão com papel de filtro para realização do Teste do Pezinho  Envelope	30 Minutos
<b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Breve síntese de sessão</li><li>– Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Exposição dialogada Interactivo		5 Minutos
<b>Avaliação de conteúdo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Teste formativo</li><li>– Correção do teste</li></ul>	Perguntas feitas oralmente com apoio de guião	Teste formativo formato A4	20 Minutos

ANEXO II

Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde – Doenças detectadas no Teste do Pezinho



## Convocatória

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, enfermeira Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa e a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade, venho por este meio, no seguimento do levantamento das necessidades em Saúde na Comunidade em que contei com a sua colaboração através do preenchimento do questionário, convocar para a participação na Sessão de Educação para a Saúde cujo tema:

➤ **Doenças detectadas no Teste do Pezinho,**

a realizar no dia 5 de Novembro de 2010 na Loja Social “bairro das Murtas”, das 15.30 h às 16.30 h.

Agradeço desde já a sua participação

😊 e conto com a sua presença!

---

### ANEXO III

Guião de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – Doenças detectadas no Teste do Pezinho

**Guião de avaliação da sessão de Educação para a Saúde – Quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho**

<b>Questão</b> Presentes na sessão: 14 mães	<b>Número de respostas certas</b>	<b>Número de respostas erradas</b>	<b>Número de respostas incompletas</b>
O que é o teste do pezinho?	14	0	
Quando deve ser realizado?	13	1	
Quantas doenças se podem detectar no Teste do Pezinho? Exemplos.	5	9	12 identificaram pelo menos uma doença
Como pode ter acesso aos resultados?	14	0	
No caso de Teste do Pezinho ser positivo para uma doença, como é que toma conhecimento?	14	0	

#### ANEXO IV

Diapositivos de apoio à apresentação em data-show da Sessão de Educação para a Saúde -

Quais as doenças detectadas no Teste do Pezinho



## TESTE DO PEZINHO

Fátima Cruz  
Avalade, 5 de Novembro de 2010



## O QUE É?

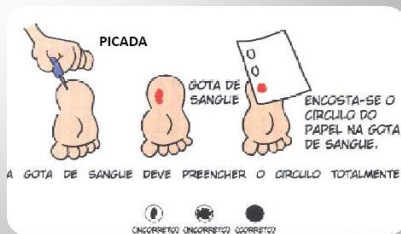


## QUANDO DEVE SER REALIZADO?



## ONDE PODE SER REALIZADO?

### TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO



## PRÓXIMO PASSO

- ❑ É destacado o código de barras que é entregue aos pais que contém um número para consulta dos resultados pela internet;
- ❑ O cartão com a colheita é colocado dentro dum envelope branco que deve ser enviado por correio azul dentro das próximas 24 horas.

## PRINCIPAIS DOENÇAS



## QUE SE PODEM DETECTAR

- ❑ FENILCETONÚRIA
- ❑ HIPOTIROIDISMO
- ❑ ANEMIA FALCIFORME
- ❑ SÍFILIS
- ❑ SIDA
- ❑ RUBÉOLA



## COMO TER ACESSO AOS RESULTADOS



## EM SITUAÇÕES NORMAIS

- A informação de que a ficha deu entrada no Instituto é colocada on-line normalmente a partir da 2.ª semana a seguir à colheita;
- O resultado é colocado on-line normalmente a partir da 4ª semana a seguir à colheita.



**NO CASO DE SER DIAGNOSTICADA ALGUMA DOENÇA OS PAIS SERÃO AVISADOS MAIS CEDO DIRECTAMENTE ATRAVÉS DO INSTITUTO DE GENÉTICA MÉDICA PELO TELEFONE, NORMALMENTE 10 A 15 DIAS APÓS O NASCIMENTO DO BEBÉ, PARA POSTERIOR REPETIÇÃO DA COLHEITA OU PARA INICIAR O TRATAMENTO O MAIS PRECOCEMENTE POSSÍVEL.**

## OBRIGADA



### BIBLIOGRAFIA 📖

COMISSÃO NACIONAL PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE – Instituto de Genética Médica.

WHALEY, Lucille; WONG, Donna L. - *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*, 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0

### SÍTIOS

[http://www.diagnosticoprecoce.org/teste\\_pezinho.htm](http://www.diagnosticoprecoce.org/teste_pezinho.htm)

[http://www.diagnosticoprecoce.org/result\\_entry.php](http://www.diagnosticoprecoce.org/result_entry.php)

<http://www.portalis.co.pt/cartilha-do-hipotiroidismo-congenito-teste-do-pezinho/>

<http://www.google.pt/images>

ANEXO XI  
Trabalho “Vacinação”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo II

# VACINAÇÃO

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

**Lisboa, Novembro de 2010**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro de Saúde de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo II

# VACINAÇÃO

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Professora tutora: Teresa Rasquilho Vidal

Enfermeira orientadora: Carlota Sousa

**Lisboa, Novembro de 2010**

## ÍNDICE

<b>0 – NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>222</b>
<b>1 – VACINAÇÃO.....</b>	<b>224</b>
1.1 – DOENÇAS QUE AS VACINAS PREVINEM .....	224
<b>2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>228</b>
<b>3 – SÍTIOS.....</b>	<b>229</b>

## ANEXOS

ANEXO I – Plano Nacional de Vacinação 2008

## 0 – NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular Estágio – Módulo II, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, e no seguimento do Levantamento das Necessidades em Saúde na Comunidade proposto para a Unidade Curricular Estágio – Módulo I, é elaborado o Plano de Intervenção.

Do processo da análise de conteúdo ao questionário aplicado a 20 mães de etnia cigana residentes num bairro de realojamento social da cidade de Lisboa com crianças dos 0 aos 11 anos, obtivemos como necessidades prioritárias no âmbito da Educação para a Saúde:

- Doenças detectadas no Teste do pezinho – 9 Unidades de enumeração;
- Doenças que as vacinas previnem – 6 Unidades de enumeração;
- Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos – 4 Unidades de enumeração.

Este trabalho aborda o tema da Vacinação e Doenças que as Vacinas Previnem.

O princípio da vacinação universal tem sido amplamente encarado como a solução global, o princípio por excelência para lidar com um conjunto de problemas de saúde pública tais como epidemias ou doenças infecciosas. A vacinação é claramente uma das políticas e uma das técnicas de segurança médica mais globalizadas.

Em Portugal graças ao crescendo da cobertura vacinal nos últimos trinta anos, passámos de taxas altamente problemáticas de mortalidade infantil para uma das taxas mais baixas do mundo.

O Plano Nacional de Vacinação foi implementado em 1965, e é reformulado periodicamente. É universal e gratuito e recomenda um esquema de vacinação que constitui uma “receita universal” para residentes em Portugal. Em 2006 inclui vacinas contra onze doenças: difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, tuberculose, sarampo, parotidite epidémica, rubéola, hepatite B, e as doenças invasivas por *Haemophilus influenzae* tipo b e por *Neisseria meningitidis* serogrupo C. É utilizada uma nova vacina pentavalente que protege contra 5 doenças numa só injeção e duas novas vacinas tetravalentes que protegem contra 4 doenças numa só injeção.

Em 27 de Outubro de 2008 a vacina contra as infecções por vírus do papiloma humano (vacina HPV) também entrou no Programa Nacional de Vacinação e é efectuada gratuitamente a todas

as raparigas que fazem 13 anos de idade no respectivo ano civil, iniciando-se com as nascidas em 1995 (13 anos em 2008). A vacinação de rotina será acompanhada em 2009, 2010 e 2011, por uma campanha de vacinação dirigida às jovens que completam 17 anos de idade naqueles anos civis (nascidas em 1992, 1993 e 1994).

## I – VACINAÇÃO

A vacinação é o acto de inocular uma substância constituída por microorganismos, mortos ou vivos, atenuados na sua virulência, a fim de conferir imunidade a uma determinada doença. Esta forma de prevenção permite salvar mais vidas do que qualquer outro tratamento médico. Deve ser realizada preferencialmente nos Centros de Saúde da área de residência.

Os objectivos da vacinação são a prevenção e controlo da doença e a erradicação de algumas doenças tais como o tétano, sarampo, a rubéola, a parotidite, a tosse convulsa e a varicela.

Após a administração das vacinas poderão surgir algumas reacções secundárias que podem ser locais ou gerais. As locais manifestam-se na zona da inoculação provocando um certo mal-estar ou tumefacção, pelo que nestes casos deve ser aplicado gelo envolto num pano, no respectivo local. Não devem ser aplicadas pomadas, nem espremer. As reacções gerais podem ser períodos de febre, perda de apetite, irritação e mal-estar. Estas reacções desaparecem espontaneamente ou através da administração de antipiréticos e/ ou analgésicos. Caso a febre persista, deve ser consultado o médico; em relação à perda de apetite deve ser feito o esforço e fazer uma refeição ligeira.

A vacinação além da protecção pessoal traz também benefícios para toda a comunidade pois quando a maior parte da população está vacinada interrompe-se a transmissão da doença.

### I.1 – DOENÇAS QUE AS VACINAS PREVINEM

A **Tuberculose** é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch que se transmite pelo ar e por gotículas de saliva expelidas pelos doentes portadores ao tossir ou respirar. Manifesta-se por febre pouco elevada ao entardecer, tosse intensa e prolongada por três ou mais semanas, dor no peito, expectoração com sangue, calafrios, suores nocturnos, perda de apetite e peso, e cansaço fácil. O BCG é uma vacina que protege da tuberculose. Deve ser administrada até ao primeiro mês de vida, e é de toma única.

O **Tétano** é uma doença provocada pela neurotoxina tetanospasmína que é produzida pela bactéria anaeróbica *Clostridium tetani* que penetra através de qualquer ferida contaminada por terra infectada, ferrugem ou sujidade, produzindo uma toxina. Manifesta-se por febre, inquietação, dificuldade na deglutição, rigidez do maxilar, braços, pernas e pescoço, podendo provocar a morte por paralisia dos músculos respiratórios. Deve ser feito o reforço de dez em dez anos.

A **Difteria** é uma doença infectocontagiosa causada pela toxina do bacilo *Corynebacterium diphtheriae*. Os primeiros sintomas surgem habitualmente primeiro na garganta, provocando dor e inchaço que podem levar à sufocação. A toxina produzida pela bactéria também pode provocar lesões no coração, rins e nervos.

A **Tosse Convulsa** (*Pertussis*) é uma doença altamente contagiosa causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. A sintomatologia inclui períodos de tosse acompanhada por um ruído que é conhecido por tosse de cão. Pode durar um ou mais meses e causar otites, bronquites, pneumonia, convulsão e lesão cerebral.

A **Poliomielite** ou "*Paralisia Infantil*" causada pelo poliovírus provoca, principalmente nas crianças, paralisia dos membros inferiores, podendo nos casos mais graves originar a morte por paralisia dos músculos respiratórios. O poliovírus, um enterovírus, transmite-se ao engolir substâncias como água, contaminadas por fezes infectadas. As crianças com menos de 5 anos de idade estão especialmente propensas a infectar-se desta forma. A infecção estende-se do intestino a todo o corpo, mas o cérebro e a espinal medula são os mais gravemente afectados.

O **Haemophilus Influenzae b** é um vírus responsável por algumas meningites, pneumonias, otites e doenças graves da garganta, especialmente nas crianças.

A **Meningite meningocócica** é provocada pela bactéria *Neisseria meningitidis C* que, quando entra no sangue ou fluido espinhal, dá origem a uma infecção sistémica. Pode ter início em sintomas como febre, dor de cabeça e evoluir drasticamente em poucas horas para uma morte por coma cerebral. Outros sintomas incluem febre elevada, náuseas, vômitos, confusão mental, rigidez da nuca, podendo evoluir para uma situação de infecção generalizada: a sepsis meningocócica.

O meningococo infecta pessoas saudáveis e é transmitido por intermédio de um contacto muito próximo entre pessoas através de secreções respiratórias, ao tossir, e secreções salivares. Embora muitas pessoas transportem a bactéria no nariz e garganta sem qualquer tipo de problemas, podem transmiti-la aos outros, provocando a doença. Mal entra nas vias respiratórias, pode espalhar-se a outras áreas do corpo através da circulação sanguínea e

invade o corpo até atingir o líquido da coluna vertebral atingindo a meninge, começa então por multiplicar-se rapidamente, não possibilitando as defesas do organismo, a criança começa a apresentar sintomas. O risco de contaminação é enorme na primeira semana de contacto e o período de incubação é de 2-10 dias até os sintomas começarem a aparecer.

O **Sarampo** é uma infecção viral muito contagiosa que produz diversos sintomas e uma erupção característica. As pessoas adquirem o sarampo principalmente ao inalar microgotas de uma pessoa infectada que se encontram pairando no ar depois de terem sido expelidas pela tosse. Uma pessoa com o vírus do sarampo é contagiosa entre 2 e 4 dias antes que a erupção apareça e continua a tê-lo até ao seu desaparecimento. O vírus pode originar pneumonias graves, por vezes mortais nas crianças mais pequenas, bem como doenças neurológicas graves e mortais em adolescentes e adultos. As manifestações iniciais são febre alta, tosse rouca e persistente, lesões na pele tipo pequenas borbulhas com cabeça branca, conjuntivite e fotossensibilidade. Há que se ter cuidado pois a doença pode evoluir para uma pneumonia ou complicações com infecções bacterianas e até possibilidade de encefalite. A doença pode ser breve, com um restabelecimento ao fim de aproximadamente uma semana, ou então pode ser prolongada e provocar um grave dano cerebral ou até a morte.

A **Parotidite**, conhecida por *papeira*, é causada por um vírus que pode originar meningites, causar doenças dos testículos e próstata nos rapazes e doenças dos ovários nas raparigas, bem como doenças no pâncreas, tiróide, cérebro, fígado, baço e timo. Os sintomas são inchaço das parótidas localizadas na região do pescoço com dor, febre, dores de cabeça, e garganta inflamada.

A parotidite é menos contagiosa do que a varicela ou do que o sarampo. Em zonas muito povoadas podem registar-se casos durante todo o ano, mas é mais frequente no final do Inverno e no início da Primavera. Podem produzir-se epidemias quando várias pessoas propensas vivem juntas. Embora a doença possa ocorrer em qualquer idade, a maioria dos casos afecta crianças entre os 5 e os 15 anos de idade. A doença não é frequente em menores de 2 anos. Uma infecção pelo vírus da parotidite normalmente proporciona imunidade para toda a vida.

A **Rubéola** é uma doença viral, contagiosa e benigna. Na maioria dos casos não deixa sequelas e nem mata mas pode provocar deficiências congénitas graves nos recém-nascidos de mães não vacinadas (infectadas durante a gravidez). Normalmente atinge crianças entre 5 e 9 anos de idade mas pode também atingir adultos. A pessoa que tem rubéola uma vez, o organismo infectado cria anticorpos que a protegem para sempre de outro ataque, tornando-a imune à doença. Transmite-se da mesma forma que uma gripe. O vírus é transmitido para outras

pessoas através da saliva, secreções nasais e através da tosse ou respiração. As manifestações mais comuns são um ligeiro mal-estar com inflamação dos gânglios do pescoço e da nuca, dor nas articulações, e uma erupção na pele tipo manchas vermelhas que dura aproximadamente 3 dias.

**Hepatite B** é uma doença viral muito frequente na nossa sociedade. É transmitida sexualmente ou por agulhas com sangue infectado e pode progredir para cirrose hepática ou cancro do fígado (hepatocarcinoma). Os seus principais sintomas são: icterícia, febre, falta de apetite, mal-estar, urina cor de vinho do porto, náuseas, comichão, urticária e rash cutâneo nos membros inferiores. A vacinação é composta por três doses, administradas segundo o esquema adoptado, normalmente o zero, passados dois meses, e passados seis meses da primeira.

O **Vírus Papiloma Humano** mais conhecido por HPV é um vírus comum que afecta tanto homens como mulheres. Existem mais de 100 tipos diferentes de HPV. Certos tipos de HPV causam verrugas comuns nas mãos e nos pés. A maioria dos tipos de HPV não causa nenhum tipo de sintoma e desaparece sem tratamento.

Cerca de 30 tipos de HPV são conhecidos como HPV genitais porque afectam a área genital. Alguns tipos podem causar verrugas genitais e mudanças benignas (anormais, mas não cancerosas) no colo do útero. Outros tipos de HPV provocam mudanças nas células do revestimento do colo do útero. Caso não sejam tratadas, estas células anormais podem-se transformar em células cancerosas e tornarem-se responsáveis pela maior percentagem de cancro do colo do útero diagnosticado nas mulheres. Com a vacina é possível preveni-lo.

## **6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Plano Nacional de Vacinação é um programa universal e gratuito cujos resultados se reflectem positivamente na Saúde Pública e, neste sentido, a acessibilidade ao programa sem qualquer tipo de barreira, deve constituir uma das suas principais características. Compete aos profissionais de saúde a divulgação e motivação do utente ou família aproveitando todas as oportunidades para vacinar.

A formação e permanente actualização de todos os profissionais que trabalham na área da vacinação é fundamental e deve ser uma preocupação constante dos serviços de saúde, devido ao desenvolvimento de novas vacinas e de novas apresentações vacinais. Os esquemas propostos pelo Plano Nacional de Vacinação não são rígidos, devendo adaptar-se às circunstâncias locais, epidemiológicas ou de outra natureza, e ainda a casos individuais, caso haja razões quer de ordem clínica ou outras.

Dados bibliográficos apontam para alguma resistência à vacinação detectável entre os ciganos portugueses. Ainda assim, os pais de etnia cigana estão hoje mais sensibilizados para a vacinação dos seus filhos. Porém, através da observação empírica, é possível verificar que subsiste uma ignorância generalizada em relação às regras que regem a eficácia da vacinação. A má gestão do tempo pelos pais também coloca em causa o sucesso da vacinação nas crianças de etnia cigana. A conformidade dos boletins de Vacinação e Saúde Infantil e Pediátrica carece do esforço contínuo da equipa de saúde em utilizar estratégias para manter a actualização dos mesmos. Essas estratégias passam pela criação no centro de saúde de um ambiente acolhedor, ensinamentos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, motivação das crianças e suas mães para frequentarem o centro de saúde, pela prestação de cuidados culturalmente congruentes, e pelas intervenções realizadas com os parceiros sociais no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

## 7 – SÍTIOS

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2008.

[WWW.bioanalise.com.br/vacinacao.php](http://WWW.bioanalise.com.br/vacinacao.php)

[WWW.codigoimunologia.blogspot.com](http://WWW.codigoimunologia.blogspot.com)

<http://www.dgs.pt/>

[WWW. Infarmed.pt;](http://WWW.Infarmed.pt;)

[WWW.pt.wikipedia.org/wiki](http://WWW.pt.wikipedia.org/wiki). [em linha] Acedido em 13 e 30 de Outubro de 2010.

## **ANEXOS**

ANEXO I  
Plano Nacional de Vacinação 2008

## Programa Nacional de Vacinação em 2008

Idades	Vacinas e respectivas doenças
0 Nascimento	BCG (Tuberculose) VHB – 1. <sup>a</sup> dose (Hepatite B)
2 Meses	VIP – 1. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 1. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 1. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus influenzae</b> tipo b) VHB – 2. <sup>a</sup> dose (Hepatite B)
3 Meses	MenC - 1. <sup>a</sup> dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
4 Meses	VIP – 2. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 2. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 2. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus influenzae</b> tipo b)
5 Meses	MenC - 2. <sup>a</sup> dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
6 Meses	VIP – 3. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 3. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 3. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus influenzae</b> tipo b) VHB – 3. <sup>a</sup> dose (Hepatite B)
15 Meses	VASPR – 1. <sup>a</sup> dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola) MenC - 3. <sup>a</sup> dose (meningites e septicemias causadas pela bactéria meningococo)
18 Meses	DTPa – 4. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 4. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus influenzae</b> tipo b)
5-6 Anos	VIP – 4. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 5. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VASPR – 2. <sup>a</sup> dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola)
10-13 Anos	Td VHB – 1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> e 3. <sup>a</sup> doses (Hepatite B) - aplicável apenas aos nascidos antes de 1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses HPV - 1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> e 3. <sup>a</sup> doses (Infecções por Vírus do Papiloma Humano)
Toda a vida 10/10 anos	Td

ANEXO XII  
Folheto “Doenças que as Vacinas Previnem”

# Vacinação



**A vacinação é uma forma de fortalecer o organismo contra determinadas infecções.**

**As vacinas são muito importantes para a Saúde Pública e permitem combater muitas doenças.**

**O Plano Nacional de Vacinação é dedicado essencialmente às crianças, atendendo que a maioria das doenças que se pretendem evitar é de maior incidência infantil.**

## Doenças que as vacinas podem evitar:



A **Tuberculose** é uma doença infecciosa causada pelo Bacilo de Koch. Os seus principais sintomas são: tosse intensa e prolongada por três ou mais semanas, dor no peito, expectoração com sangue, febre baixa ao entardecer, calafrios, suores nocturnos, perda de apetite e peso e cansaço fácil.

A **Difteria** é uma doença infecciosa que habitualmente afecta primeiro a garganta, provocando dor e inchaço que pode levar à sufocação. A bactéria que provoca a doença produz também uma toxina que pode provocar lesões no coração, rins e nervos.

O **Tétano** é provocado por uma bactéria que penetra através de uma ferida produzindo uma toxina que provoca espasmos musculares, levando a uma incapacidade respiratória e à possibilidade de sufocação e morte.

A **Tosse Convulsa** (*Pertussis*) é uma doença infecciosa que causa períodos de tosse, acompanhada por um ruído que é conhecido por tosse de cão. Pode durar um ou mais meses e causar otites, bronquites, pneumonia, convulsão e lesão cerebral.

A **Poliomielite**, ou "*Paralisia Infantil*" causada pelo poliovírus provoca, principalmente nas crianças, paralisia dos membros inferiores, podendo, nos casos mais graves originar a morte por paralisia dos músculos respiratórios.

O **Haemophilus Influenzae b** é um vírus responsável por algumas meningites, pneumonias, otites e doenças graves da garganta, especialmente nas crianças.

A **Meningite meningocócica** é provocada pela bactéria *Neisseria meningitidis C*. Tem como principais sintomas: cefaleias, febre elevada, náuseas, vómitos, confusão mental, rigidez da nuca, podendo evoluir para coma e/ou para uma situação de infecção generalizada: a sepsis meningocócica.

O **Sarampo** é causado por um vírus que pode originar pneumonias graves, por vezes mortais nas crianças mais pequenas, bem como doenças neurológicas graves e mortais em adolescentes e adultos. As manifestações iniciais são febre alta, tosse rouca e persistente, lesões na pele tipo pequenas borbulhas com cabeça branca, conjuntivite e fotossensibilidade.

A **Parotidite**, conhecida por papeira, é causada por um vírus que pode originar meningites, causar doenças dos testículos e próstata nos rapazes e doenças dos ovários nas raparigas, bem como doenças no pâncreas, tiróide, cérebro, fígado, baço e timo. Os sintomas são inchaço das parótidas localizadas na região do pescoço com dor, febre, dores de cabeça, e garganta inflamada.

A **Rubéola** é causada por um vírus que pode provocar deficiências congénitas graves nos recém-nascidos de mães não vacinadas (infectadas durante a gravidez). As manifestações mais comuns são um ligeiro mal-estar, com inflamação dos gânglios do pescoço e da nuca, dor nas articulações e uma erupção na pele tipo manchas vermelhas que dura aproximadamente 3 dias.

**Hepatite B** é uma doença viral. É transmitida sexualmente ou por agulhas com sangue infectado e pode progredir para cirrose hepática ou cancro do fígado (hepatocarcinoma). Os seus principais sintomas são: icterícia, febre, falta de apetite, mal-estar, urina cor de vinho do porto, náuseas, comichão, urticária e rash cutâneo nos membros inferiores.

O **Virus Papiloma Humano** mais conhecido por HPV é responsável pela maior percentagem de cancro do colo do útero diagnosticado nas mulheres, com a vacina é possível preveni-lo.



# PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO



Idades	Vacinas e respectivas doenças
0 Nascimento	BCG (Tuberculose) VHB – 1. <sup>a</sup> dose (Hepatite B)
2 Meses	VIP – 1. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 1. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 1. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus Influenzae</b> tipo b) VHB – 2. <sup>a</sup> dose (Hepatite B)
3 Meses	MenC - 1. <sup>a</sup> dose (Meningites e Septicemias causadas pela bactéria meningococo)
4 Meses	VIP – 2. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 2. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 2. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus Influenzae</b> tipo b)
5 Meses	MenC - 2. <sup>a</sup> dose (Meningites e Septicemias causadas pela bactéria meningococo)
6 Meses	VIP – 3. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 3. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 3. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus Influenzae</b> tipo b) VHB – 3. <sup>a</sup> dose (Hepatite B)
15 Meses	VASPR – 1. <sup>a</sup> dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola) MenC - 3. <sup>a</sup> dose (Meningites e Septicemias causadas pela bactéria meningococo)
18 Meses	DTPa – 4. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) Hib – 4. <sup>a</sup> dose (doenças causadas por <b>Haemophilus Influenzae</b> tipo b)
5-6 Anos	VIP – 4. <sup>a</sup> dose (Poliomielite) DTPa – 5. <sup>a</sup> dose (Difteria, Tétano, Tosse Convulsa) VASPR – 2. <sup>a</sup> dose (Sarampo, Parotidite, Rubéola)
10-13 Anos	Td (Tétano, Difteria) VHB – 1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> e 3. <sup>a</sup> doses (Hepatite B) - aplicável apenas aos nascidos antes de 1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses HPV - 1. <sup>a</sup> , 2. <sup>a</sup> e 3. <sup>a</sup> doses (Infecções por Vírus do Papiloma Humano)
Toda a vida 10/10 anos	Td (Tétano, Difteria)

Elaborado por: Fátima Cruz (Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa)

Revisto por: Carlota Sousa (Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária no Centro de Saúde de Alvalade)

Referências:

<http://www.google.pt/imgres>, acedido a 03 de Novembro de 2010

<http://pt.wikipedia.org>, acedido a 23 de Outubro de 2010

<http://www.portaldasaude.pt>, acedido em 1 de Outubro de 2010

Lisboa, Novembro de 2010

ANEXO XIII

Trabalho “Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11 anos”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro  
de Saúde  
de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo II

# **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

## **NA CRIANÇA**

### **DOS 0 AOS 11 ANOS**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

**Lisboa, Novembro de 2010**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde



Centro de Saúde de Alvalade

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Unidade Curricular Estágio – Módulo II

# **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

## **NA CRIANÇA**

### **DOS 0 AOS 11 ANOS**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Professora tutora: Teresa Rasquilho Vidal

Enfermeira orientadora: Carlota Sousa

**Lisboa, Novembro de 2010**

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**Fig.** – Figura

## ÍNDICE

<b>0 – NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>244</b>
<b>1 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....</b>	<b>246</b>
<b>2 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA INFÂNCIA .....</b>	<b>248</b>
2.1 – ALEITAMENTO MATERNO.....	249
2.1.1 – Vantagens do aleitamento materno para o bebê .....	249
2.1.2 – Vantagens do aleitamento materno para a mãe .....	250
2.2 - INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS NA DIETA DO BEBÉ .....	250
2.3 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR .....	251
2.3.1 – Distribuição das refeições .....	252
2.3.1 – Confeção saudável dos alimentos.....	253
2.4 – A RODA DOS ALIMENTOS.....	255
<b>3 – AVALIAÇÃO.....</b>	<b>259</b>
<b>4 – BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>262</b>

## ANEXOS

ANEXO I – Plano de Sessão de Educação para a Saúde – Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos

ANEXO II – Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde – Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos

ANEXO III – Guião de Avaliação da sessão de Educação para a Saúde – Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos

ANEXO IV – Diapositivos de apoio à apresentação em data-show da Sessão de Educação para a Saúde – Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos

## **ÍNDICE DE FIGURA**

Figura 1 – Roda dos Alimentos

## **0 – NOTA INTRODUTÓRIA**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio – Módulo II, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, e no seguimento do Levantamento das Necessidades em Saúde na Comunidade proposto para a Unidade Curricular Estágio – Módulo I, é elaborado o Plano de Intervenção.

Do processo da análise de conteúdo ao questionário aplicado a 20 mães de etnia cigana residentes num bairro de realojamento social da cidade de Lisboa com crianças dos 0 aos 11 anos, obtivemos como necessidades prioritárias no âmbito da Educação para a Saúde:

- Doenças detectadas no Teste do pezinho – 9 Unidades de enumeração;
- Doenças que as vacinas previnem – 6 Unidades de enumeração;
- Alimentação saudável na criança dos 0 aos 11 anos – 4 Unidades de enumeração.

Neste trabalho iremos desenvolver os Hábitos de Alimentação Saudável na criança dos 0 aos 11 anos.

A Saúde é o bem mais precioso e assim sendo devemos dedicar-lhe especial atenção. A Pessoa humana é um ser bio-psico-social e espiritual e cada uma destas componentes é importante para manter o seu bem-estar geral. Por isso, é necessário atingir um equilíbrio na satisfação de todas as suas necessidades básicas.

São os nossos hábitos de vida que determinam o facto de conseguirmos um organismo são, forte e resistente; pelo contrário, os maus hábitos de vida agridem o corpo e enfraquecem-no, destruindo a sua resistência. Para que se tenha uma saúde minimamente equilibrada é necessário ter em atenção factores importantes como a boa alimentação, as horas de sono diário adequadas, a higiene pessoal adequada, o consumo moderado de bebidas alcoólicas, não ter hábitos tabágicos nem de consumo de drogas, entre outros.

Quanto à alimentação, este é o factor mais importante para nos mantermos saudáveis e equilibrados. É através dos alimentos que conseguimos todas as vitaminas e nutrientes necessários (minerais, vitaminas, proteínas, açúcar, gordura) para ter uma boa qualidade de vida e manter uma boa saúde.

A alimentação interfere no funcionamento dos sistemas nervoso, glandular, ósseo, muscular, urinário, digestivo, respiratório, cardiocirculatório, assim como no comportamento, humor, memória, inteligência, na disposição física e sexual. Tem também um papel fundamental no sistema de defesa do nosso organismo: sem uma boa alimentação o organismo diminui as suas defesas ficando enfraquecido e por consequência mais susceptível a todos os tipos de doenças.

Devemos também ter em atenção que não é a quantidade de alimentos que nos faz mais fortes, mas sim a qualidade e ingestão das refeições em horários regulares e com as calorias fraccionadas pelas várias refeições ao longo do dia.

A alimentação na criança é um ponto determinante para o seu bom crescimento e desenvolvimento, na formação dos ossos, na dentição permanente, entre outros.

Este trabalho tem como objectivos gerais:

- Promover o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis junto da população de mães de etnia cigana residentes num bairro de realojamento social da cidade de Lisboa com crianças dos 0 aos 11 anos;
- Sensibilizar estas mães para a importância de uma alimentação saudável no processo de desenvolvimento e crescimento das suas crianças;
- Alertar para alguns problemas decorrentes de uma alimentação desequilibrada;
- Prevenir distúrbios provocados por uma alimentação não equilibrada.

## I – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação ou nutrição saudável é o hábito de comer bem de todos os alimentos e de uma forma equilibrada, permitindo aos adultos manter o peso ideal e às crianças ter um bom desenvolvimento físico e intelectual. A alimentação saudável não contribui só para manter o peso ideal mas também para garantir uma saúde plena.

Algumas dietas, principalmente as adoptadas em países industrializados, são rotinas alimentares em torno de um determinado objectivo e nem sempre vão ao encontro do conceito de alimentação saudável. O fast food é sinónimo de um estilo de vida stressante que tem vindo a ser criticado desde o final do século XX.

Num mundo acelerado como o nosso, qualquer coisa que nos ofereça comodidade e conveniência a baixo custo tem futuro garantido. Peritos em Saúde Pública denunciaram há já algum tempo a existência de problemas associados à chamada “comida de conveniência”, devido à sua composição à base de ingredientes pouco saudáveis.

O valor nutricional do produto é sacrificado em detrimento desta conveniência. Para devolver todos os sabores perdidos durante o processamento dos ingredientes, são adicionadas grandes quantidades de açúcares, gorduras e sal, para que nos proporcionem as sensações adequadas.

Contudo sabe-se que, quando em excesso, estes ingredientes provocam consequências tais como:

- As gorduras usadas neste tipo de produtos, as chamadas gorduras saturadas, aumentam os níveis de colesterol, provocando coágulos nas artérias e aumentando o risco de doenças coronárias.
- O excesso de açúcares na confecção da comida de conveniência é motivo de grande preocupação, não só pelo reconhecido impacto na saúde dentária, mas também pela sua ligação directa à obesidade, à diabetes, às doenças cardíacas, e até ao cancro.
- O sal em excesso é responsável em grande parte pelo aumento da pressão arterial e aumenta o risco de doenças cardíacas.

A roda dos Alimentos tem 7 grupos de alimentos com dimensões diferentes representando a proporção do peso que cada um deles devia ter na nossa alimentação diária. Muitos alimentos são utilizados na prevenção de doenças específicas ou para melhorar aspectos da saúde, sendo considerados alimentos funcionais.

A Alimentação saudável engloba uma dieta composta por proteínas, hidratos de carbono, gorduras, fibras, cálcio e outros minerais, assim como também deve ser rica em vitaminas. São as vitaminas e os minerais que dão as diversas colorações aos alimentos. Para uma alimentação saudável necessitamos de uma dieta variada que tenha todos os tipos de alimentos, sem abusos nem exclusões. Deve variar-se os tipos de cereais, de carnes, de verduras, legumes e frutas, alternando as cores dos alimentos.

## **2 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA INFÂNCIA**

A alimentação infantil tem como objectivo alcançar um bom crescimento e um bom desenvolvimento, evitar os défices de nutrientes específicos e estabelecer hábitos alimentares correctos que, posteriormente, permitam prevenir os problemas de saúde associados à dieta, como a hipertensão arterial, a obesidade, a diabetes, entre outras.

Esta alimentação deverá ajustar-se às contínuas alterações que a criança experimenta ao longo do seu crescimento. O desenvolvimento das pessoas faz com que a sua composição corporal se modifique e que as necessidades sejam diferentes dependendo da idade.

Até chegar à autonomia da adolescência, a aquisição dos hábitos alimentares constitui um processo gradual. É muito importante saber o que comer e quanto mais cedo se incutirem bons hábitos de alimentação melhor será a saúde das futuras gerações.

Existem muitos factores que influenciam os hábitos das crianças e um deles é o hábito alimentar dos pais. Os pais são espelhos para as crianças e a alimentação deles é determinante nas escolhas das crianças. O ideal é começar por ensinar os filhos a ter hábitos saudáveis desde as primeiras papinhas.

É muito importante ensinar os pais a incutir desde cedo nas suas crianças a forma correcta de se alimentarem pois estas últimas precisam de aprender desde cedo que os hábitos alimentares são muito importantes para o crescimento e o desenvolvimento do organismo delas.

A maioria dos pais sente dificuldade em fazer com que os seus filhos adquiram o hábito de ter uma alimentação saudável. As crianças por si próprias têm como maior vontade comer guloseimas como doces, compotas, bolos, rebuçados, salgadinhos, refrigerantes, entre outros. Por outro lado, muitos pais, como é o caso dos pais de etnia cigana, são demasiado permissivos com as suas crianças e não lhes impõem restrições alimentares (comem o que querem, como querem e quando querem), surgindo com frequência patologias como as do foro oral e a fraca imunidade que pode levar a doenças graves.

Cabe aos pais ensinar as suas crianças sobre como ter uma boa alimentação.

## 2.1 – ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é a forma natural da mãe alimentar o seu filho e, como tal, não existe melhor alimento para o bebé. Além de, em termos nutricionais estar perfeitamente adaptado às necessidades do bebé, também do ponto de vista imunológico é inigualável, protegendo a sua saúde como nenhum outro contra infecções, alergias e outras doenças tais como factores de crescimento, hormonas, imunoglobulinas, entre outros.

O aleitamento materno também favorece a saúde da mãe e é obviamente vantajoso em termos económicos e ecológicos. O vínculo que se forma entre o par de amamentação mãe/ filho é muito forte, reforçando a afectividade entre ambos, sendo muito menos provável que uma mãe que amamente abandone ou maltrate o seu filho. Tanto a mãe como o filho saem desta experiência mais enriquecidos e com uma maior segurança e auto-estima permanecendo estes benefícios muito para além da paragem da amamentação, chegando mesmo até à vida adulta.

A criança deve ser alimentada exclusivamente com leite materno até aos seis meses de vida e só depois disso é que deve iniciar o consumo de outros alimentos, mantendo-se o aleitamento materno como a maior fonte nutricional durante o resto do primeiro ano de vida.

### 2.1.1 – Vantagens do aleitamento materno para o bebé:

- ☺ O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o saudável crescimento e desenvolvimento do bebé;
- ☺ Reforça o vínculo entre a mãe e filho, por isso as crianças amamentadas sentem-se menos rejeitadas e mais seguras;
- ☺ Reforça o sistema imunitário da criança;
- ☺ Previne o aparecimento de diarreias;
- ☺ Por ser, de um modo geral, um alimento microbiologicamente seguro, previne o aparecimento de intoxicações alimentares;
- ☺ Reduz a incidência de alergias, infecções respiratórias e otites;
- ☺ Reduz o risco do aparecimento, na idade adulta, de cáries, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, alguns tipos de cancro, entre outras doenças crónicas.

### 2.1.2 – Vantagens do aleitamento materno para a mãe:

- ☺ Facilita a perda do peso ganho durante a gravidez;
- ☺ Contribui para que o útero recupere o seu tamanho normal mais rapidamente favorecendo também a prevenção das hemorragias pós-parto;
- ☺ Reduz o risco do aparecimento de anemia;
- ☺ Diminui o risco de aparecimento de osteoporose, cancro da mama, ovário e endométrio;
- ☺ Atrasa o retorno à normalidade dos ciclos ovulatórios e menstruais;
- ☺ Amamentar fortalece o vínculo entre mãe e filho e permite à mãe ficar mais tranquila e segura;
- ☺ É mais prático e mais económico! Está sempre pronto a tomar e não requer preparação prévia nem utilização de biberões;
- ☺ As crianças alimentadas com leites artificiais adoecem mais frequentemente e, por isso, as famílias têm gastos adicionais não só com a compra dos leites, mas também com as despesas de saúde.

Amamentar é também considerado um acto ecológico pois elimina a necessidade de utilização de vários produtos e subprodutos não biodegradáveis como as latas dos leites em pó, os biberões de plástico, etc.

### 2.2 - INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS NA DIETA DO BEBÉ

No quinto ou sexto mês de vida, a criança já não possui as reservas de ferro adquiridas no ventre materno. Assim sendo, é necessário fornecer-lhe este mineral através de alguns alimentos, tais como os legumes verdes. Devemos então introduzir a sopa na alimentação diária do bebé, por exemplo ao almoço, mantendo a amamentação com o leite materno.

- Nas primeiras refeições, a sopa de legumes deve ser simples, feita com batata e cenoura e não conter carne, peixe ou caldos de carne. A preparação do prato deve estar isenta de sal, e o azeite (um pequeno fio) deve ser colocado apenas no fim, evitando que ferva.
- Aos 6 meses a sopa pode ser dada ao bebé ao almoço e ao jantar. Deve ser confeccionada com a batata e a cenoura como base e em pequena quantidade, e introduzir progressivamente de 3 em 3 dias aos ingredientes anteriores a cebola, o alho, a alface, a

salsa, couve-flor, brócolos, feijão verde, agrião, nabo, alho francês, entre outros; para que se possa verificar alguma alergia e para o bebé se acostumar ao novo sabor. A ordem de introdução é arbitrária. Depois da sopa feita pode-se adicionar um pouco de azeite. As restantes refeições continuam a ser de leite.

- Aos 6 meses e meio após a sopa as crianças podem comer fruta crua esmagada, ralada ou raspada (banana, maçã e pêra). Pode iniciar uma papa em horário diferente da sopa. As restantes refeições são de leite.
- Aos 7 meses introduzir carnes brancas em pequena porção (frango, pato peru, borrego) cozidas à parte, misturar depois e triturar tudo junto. Pode comer a fruta a seguir, excepto morangos e citrinos.
- Aos 8 meses introduzir carnes vermelhas na sopa (porco, vaca).
- Aos 9 meses introduzir peixe no puré de legumes. Pode comer ¼ de gema de ovo por semana. Iniciar iogurtes naturais com leite adaptado.
- Aos 10 meses introduzir na sopa leguminosas secas (feijão, grão, ervilha) bem demolhadas, couve e arroz. As favas só podem ser introduzidas depois dos 3 anos.
- Aos 12 meses pode comer as refeições da restante família mas deve evitar refogados, picantes, fritos, doces e salgados, porque além dos rins ainda não estarem maduros, os alimentos com açúcar podem potenciar diabetes, obesidade e cáries. O sal e o açúcar existentes nos alimentos são suficientes.

Se o bebé aceitar com alguma dificuldade os sabores novos, não se deve forçar. As crianças são muito mais sensíveis ao paladar do que os adultos. Deve-se preparar a refeição com aspecto apetecível e criar um bom ambiente na hora da refeição, sem stress.

### 2.3 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM IDADE PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

O papel da família na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens é inquestionável. Se por um lado muitos dos nossos hábitos alimentares são condicionados desde os primeiros anos de vida, por outro, uma alimentação saudável durante a infância é essencial para um normal desenvolvimento e crescimento, bem como na prevenção de problemas de saúde ligados à alimentação.

Bons hábitos alimentares só vão contribuir para o bom desenvolvimento físico e mental das crianças. A boa alimentação na infância previne e retarda doenças cardíacas e crónicas como a diabetes e até mesmo o cancro.

A melhor alimentação é a saudável e equilibrada. A alimentação equilibrada é aquela que possui alimentos variados de diferentes tipos e em quantidades certas.

Como noutras fases da vida, um padrão alimentar equilibrado e adequado às necessidades da criança em idade pré-escolar e escolar compreende uma distribuição dos alimentos, em termos de aporte energético ou calórico, de acordo com as regras da alimentação saudável. Neste sentido, a alimentação da criança deve ser variada e integrar alimentos que proporcionem os nutrientes necessários em proporção e quantidade adequadas.

### **2.3.1 – Distribuição das refeições:**

O total de alimentos ingeridos ao longo do dia deve respeitar as proporções da roda dos alimentos incluindo hortaliças, legumes e frutos, não esquecendo os alimentos do grupo do leite, os cereais e derivados como o pão, passando pelas leguminosas. O consumo de carne deve ser moderado, sendo de retirar as gorduras visíveis e de preferir o peixe uma vez por dia. Reduzir o sal, as gorduras e o açúcar, na confecção e tempero dos alimentos. Usar gorduras com moderação, preferindo o azeite. Finalmente variar o mais possível, dando primazia aos produtos de cada estação do ano. Os alimentos devem distribuir-se ao longo do dia por 5 a 6 refeições diárias a intervalos regulares.

O pequeno-almoço é uma refeição fundamental para a criança e nunca deve ser omitido. O leite, acompanhado de pão ou cereais, deve fazer parte desta refeição. A quantidade diária de leite recomendada é cerca de meio litro, podendo este ser gordo ou meio-gordo. A meio da manhã a criança deve comer uma pequena refeição a fim de evitar que fique mais de 3 horas sem comer. Esta deve ser composta por meia carcaça ou papo-seco, duas ou três bolachas sem creme, ou uma peça de fruta.

As duas principais refeições devem começar com uma sopa de legumes da época. Os produtos hortícolas devem ser predominantes nas sopas e no prato, e devem ser consumidos diariamente em conjugação com a fruta. Pão de mistura e cereais escuros podem ser fornecidos à vontade. Carne e peixe não precisam de ultrapassar os 50 g limpos a cada uma das duas principais refeições e os ovos podem chegar aos 3 por semana. Sal e açúcar, o mínimo possível. A água e sumos naturais são as bebidas mais adequadas. A sobremesa deve ser constituída por fruta mas em dias especiais pode ser fornecida uma sobremesa doce.

A meio da tarde deve ser fornecida uma merenda, em que o leite ou derivados e o pão não devem faltar.

O jantar será semelhante ao almoço, devendo começar também com uma sopa de legumes e terminar com uma peça de fruta.

Antes de ir para a cama algumas crianças gostam de beber um copo de leite.

A seguir às principais refeições e antes de ir para a cama a criança deve ser ensinada a lavar os dentes e a utilizar uma pasta dentífrica, a partir da altura em que já consegue bochechar e não engole o produto.

As ementas onde predominam várias refeições em vários dias de batatas fritas, salsichas, fiambre, produtos enlatados, consumo excessivo de doces e pratos monótonos e repetitivos, são absolutamente desaconselhadas.

Uma alimentação saudável não tem que ser necessariamente cara, na medida em que é possível dispor de uma grande gama de alimentos aproveitando-os e complementando-os entre si, de forma a enriquecer o seu valor alimentar. Assim, a selecção da alimentação a fornecer às crianças deve ter em consideração princípios de alimentação saudável, respondendo às necessidades energéticas e de funcionamento orgânico das crianças, e servir como oportunidade de aprendizagem de uma alimentação saudável.

As crianças que sofram de determinadas doenças crónicas, de obesidade, de atraso de crescimento ou de outros problemas de saúde, deverão ser acompanhadas pelo seu médico ou nutricionista no sentido de adoptarem uma alimentação adequada à sua situação.

### **2.3.2 – Confecção saudável dos alimentos:**

As boas técnicas de cozinha permitem transformar alimentos naturais difíceis de digerir, ou que não se podem comer crus, em produtos comestíveis e de fácil digestão. Estas técnicas também facilitam a absorção dos nutrientes, contribuem para a eliminação de microrganismos e outros elementos indesejáveis, podem ajudar a anular substâncias que reduzem o valor alimentar de certos nutrientes, melhoram a textura e os sabores, e conferem aromas e aparência únicos aos alimentos. A alimentação do dia-a-dia deve ser atractiva, saborosa e nutritiva.

Para uma boa alimentação há que começar por escolher alimentos de boa qualidade e em bom estado de conservação. Depois, há que ter em consideração alguns aspectos durante a sua

confeção, no sentido de se aproveitar da melhor forma o seu valor alimentar e de se evitarem fontes de contaminação ou de transmissão de doenças.

Apresentam-se a seguir algumas regras para uma confeção saudável dos alimentos:

- Os tipos de cozinhados mais indicados são os cozidos e os estufados.
- Os fritos, os refogados e os assados devem consumir-se menos vezes. Nunca se devem comer as partes carbonizadas dos grelhados ou assados por conterem substâncias que podem provocar o cancro.
- Para um refogado mais saudável não se deve fritar a cebola com a gordura. Deve antes ser aquecida desde o início com um pouco de água, gordura e calda de tomate, em lume brando, ou juntando todos os alimentos em cru.
- Sempre que possível devem aproveitar-se as águas da cozedura dos legumes para a confeção de sopas, molhos ou purés.
- Devem retirar-se todas as peles e gorduras visíveis de aves e da carne.
- As gorduras nunca devem ser excessivamente aquecidas porque se alteram e produzem substâncias prejudiciais que podem provocar o cancro. Assim, devem utilizar-se de forma adequada ou seja, algumas só servem para ser consumidas em cru (como tempero) e outras podem ser utilizadas para cozinhar.
- As gorduras mais adequadas para a confeção culinária, ou seja, para cozinhar ou fritar, são o azeite ou o óleo de amendoim.
- A banha de porco é uma alternativa aceitável.
- Os óleos ricos em ácidos gordos polinsaturados só devem ser consumidos em cru (são exemplos os óleos de soja, milho e girassol).
- Como regra nunca se deve utilizar um óleo para fritar mais do que uma ou duas vezes. No entanto, sempre que fique escuro ou queimado, mesmo que seja na primeira utilização, deve ser rejeitado.
- O sal deve ser usado com muita moderação. Usar como alternativa ervas aromáticas.
- São também de evitar os enlatados e os caldos concentrados por conterem habitualmente excesso de sal, gorduras, e certo tipo de aditivos como corantes e conservantes.

## 2.4 – A RODA DOS ALIMENTOS

A Roda dos Alimentos esquematiza a adoção de uma dieta variada, equilibrada e completa. É um instrumento de educação alimentar destinado à população em geral. Esta representação gráfica foi concebida para orientar as escolhas e combinações alimentares que devem fazer parte de um dia alimentar saudável.

Utilizada desde 1977 como parte da Campanha de Educação Alimentar “Saber comer é saber viver”, a Roda dos Alimentos sofreu recentemente uma reestruturação, motivada pela evolução dos conhecimentos científicos e pelas alterações nos hábitos alimentares dos portugueses.

Mantendo o formato circular original, associado ao prato vulgarmente utilizado às refeições, a nova versão subdivide alguns dos anteriores grupos e estabelece porções diárias equivalentes, para além de incluir a **água** no centro desta nova representação gráfica. A sua divisão por grupos permite identificar facilmente qual a proporção com que os alimentos de cada um desses grupos deve estar presente na alimentação diária, incentivando maior consumo dos alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor consumo daqueles que se encontram nos grupos de menor dimensão. Dentro de cada grupo estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, que devem ser regularmente substituídos entre si de modo a assegurar a variedade alimentar.

A alimentação desempenha um papel muito importante na saúde humana e condiciona a qualidade de vida e a longevidade. A definição de uma alimentação saudável é complexa, uma vez que a oferta de alimentos é muito diversificada e cada um tem características próprias, com conteúdos muito variáveis de caso para caso. Adequar esta oferta às necessidades (e preferências) de cada indivíduo é a tarefa que a ciência da nutrição procura desempenhar.

Os alimentos são constituídos por substâncias muito variadas: os nutrientes que podem ser substâncias minerais, como a água e os sais minerais, ou compostos orgânicos, como os glícidos, as proteínas, os lípidos e as vitaminas.

A **água** constitui cerca de 65% do peso do ser humano e é de vital importância pelo seu papel em funções do organismo como a absorção de alimentos, a eliminação de substâncias residuais, a regulação da temperatura e da pressão sanguínea.

Outras **substâncias minerais** de vital importância são, por exemplo, o cálcio, o fósforo, o ferro, o iodo, o sódio e o potássio. Estas substâncias, assim como outros minerais aqui não

especificados, devem existir no nosso corpo em quantidades bem definidas, e o excesso ou deficiência, quando mantidos por períodos prolongados, perturbam o funcionamento do organismo, provocando deficiências na formação de algumas estruturas do nosso corpo, como os ossos ou os músculos, ou irregularidades no funcionamento de órgãos importantes como a tiróide.

As **proteínas** são essenciais para a organização e a actividade das células que constituem o nosso corpo, sendo necessárias para a renovação e crescimento dos tecidos. Eventuais carências podem originar deficiências graves no crescimento e desenvolvimento intelectual da criança e reduzir a resistência do organismo às agressões externas.

Os **glícidos** (hidratos de carbono) fornecem uma parte importante da energia que utilizamos, pelo que a quantidade que ingerimos deve ser calculada em função da actividade física desenvolvida. Existe no entanto um glícido, a celulose, que tem um papel regulador importante e cuja ingestão regular tem efeitos benéficos na saúde.

Os **lípidos** (gorduras) têm por função principal fornecer energia, sendo alguns ácidos gordos constituintes essenciais de certas estruturas celulares. No entanto os alimentos ricos em lípidos devem ser consumidos com moderação, devido ao seu elevado conteúdo calórico.

As **vitaminas**, embora necessárias em quantidades diminutas, são essenciais à vida, dado que têm um papel regulador de reacções químicas vitais. Estes nutrientes não se substituem uns aos outros, pelo que o excesso de um não compensa a deficiência de outro. As carências de vitaminas (avitaminoses) ocasionam doenças com sintomas específicos, como, por exemplo, anemia perniciosa, xeroftalmia e raquitismo. No entanto, é importante salientar que se o defeito pode provocar doenças, o excesso destes nutrientes também é potencialmente nefasto, sobretudo quando se trata de um elemento que não é facilmente expulso pelo organismo.

Numa alimentação correcta deve atender-se ao valor calórico e ao tipo de nutrientes de cada alimento. A Roda dos Alimentos é um método de utilização muito simples que permite a cada indivíduo determinar, embora sem muito rigor, o que ingerir. A área atribuída a cada grupo da Roda indica a quantidade relativa em que os respectivos alimentos devem ser ingeridos (por exemplo: como a área respeitante aos cereais é superior à do leite e seus derivados, aqueles devem ser ingeridos em maior quantidade). Existem no entanto algumas regras suplementares que devem ser respeitadas: em cada dia deve-se procurar comer alimentos de todos os grupos, e ainda, variar o máximo possível os alimentos que consumimos, respeitando sempre as proporções indicadas nesta figura:

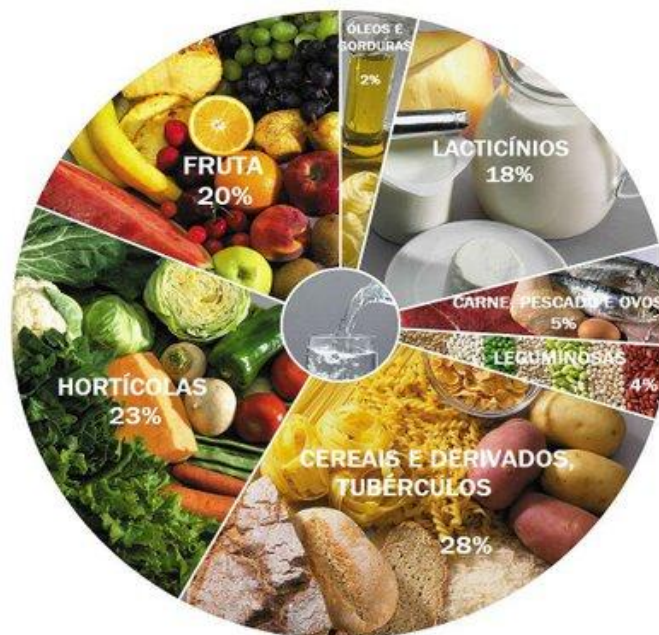


Figura I – Roda dos Alimentos

A Roda dos Alimentos encontra-se organizada em sete grupos com as seguintes características nutricionais:

**Cereais, derivados de cereais e tubérculos** (trigo, centeio, arroz, pão, massas alimentícias, batatas): constituem importantes fontes de glúcidos, vitaminas (complexo B e E) e fibras alimentares. 28%

**Produtos hortícolas** (couve, agrião, cenoura, alho, abóbora, feijão verde): são muito ricos em vitaminas (A e C), sais minerais (cálcio, ferro e fósforo) e fibras alimentares. 23%

**Frutos** (maçã, laranja, pêsego, pêra, morango, banana): são ricos em vitaminas (A e C) e sais minerais (sobretudo potássio). Quando as cascas são consumíveis, desde que bem lavadas, tornam-se importantes fornecedores de fibras alimentares. 20%

**Lactícínios** (leite, queijo, iogurte, requeijão): são fontes preciosas de proteínas, vitaminas (A, complexo B e D) e sais minerais (sobretudo cálcio). 18%

**Carnes, pescado e ovos** (bife, pescada, polvo, ovos): fornecem generosas quantidades de proteínas, vitaminas do complexo B e sais minerais (fósforo, ferro, iodo). 5%

**Leguminosas** (feijão, ervilha, fava, grão-de-bico, lentilha, soja): importantes fontes de glúcidos, proteínas, fibras alimentares, vitaminas (B e C) e sais minerais (cálcio, fósforo e zinco). 4%

**Gorduras** (óleo, azeite, manteiga): fornecedores de lípidos. Eventualmente poderão constituir fontes de vitaminas lipossolúveis (D e E). 2%

A **água** encontra-se representada no centro do esquema por fazer parte da constituição de todos os alimentos e por ser indispensável, em abundância, no regime alimentar de qualquer pessoa.

Dentro de cada divisão estão reunidos alimentos nutricionalmente semelhantes entre si, para que possam ser regularmente substituídos, assegurando a variedade nutricional e alimentar.

### **3 – AVALIAÇÃO**

A Educação para a Saúde é um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde.

A declaração de Alma Ata considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde Primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a Informação e a Educação para a Saúde. Assim 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.

Face ao quadro da situação actual com a crescente e alarmante prevalência de doenças crónicas não transmissíveis como a obesidade, doenças cardiovasculares, a diabetes, e alguns tipos de cancro, torna-se imperioso melhorar o estado de saúde das populações e diminuir os avultados gastos com o tratamento destas doenças. Hábitos alimentares pouco saudáveis e inactividade física estão entre as principais causas que contribuem para o aumento dos factores de risco e para o aumento do índice de mortalidade.

Considerando a Educação para a Saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a actuação 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 (Amorim, 2000; citado por Carvalho, 2006).

As intervenções de enfermagem no campo da Educação para a Saúde na comunidade de etnia cigana revelam-se de extrema importância, visando integrar no conceito de “Saúde” não só a “ausência de doença”, mas o conceito de “Pessoa” como um Ser holístico na busca constante de bem-estar e melhor qualidade de vida, logo, na necessidade de se sentir saudável a todos os níveis. Uma das características da comunidade de etnia cigana é o amor que nutrem pelos seus filhos sendo a Promoção da Saúde nestas crianças um assunto que lhes merece especial atenção e cuidado.

As crianças de hoje são os homens de amanhã. Torna-se assim imperioso a educação da criança através de sessões de ensino às suas mães no sentido de promover Hábitos de uma Alimentação Saudável, contribuindo assim para a melhoria do seu estado de saúde.

As intervenções na área da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença são dirigidas às mães pois é nelas que recai a educação das crianças e os cuidados à família, bem como as lides domésticas e a perpetuação dos costumes, normas e valores (Fernandes: 2000). Como têm a percepção de que a vida é difícil, não negam nada às suas crianças, dado que todos os momentos de felicidade que lhes possam proporcionar são importantes. Para os ciganos “comer bem é comer muito”, pelo que não se dá muita importância ao que se come. Por isso, são frequentes os erros alimentares e uma alimentação desequilibrada (Lopes: 2009), principalmente entre as crianças a quem, como já se referiu, não se impõem restrições (comem o que querem, como querem e quando querem) surgindo com frequência patologias como as do foro oral e a fraca imunidade que pode levar a doenças graves. Daqui podemos constatar como é essencial e pertinente intervir nesta área.

Na sessão de Educação para a Saúde sobre o Alimentação Saudável na criança dos 0 aos 11 anos estiveram presentes 11 mães no início da sessão e 8 no final (Anexo IV). No decorrer da sessão algumas mães tiveram que se ausentar por necessidade imperiosa das suas crianças uma vez que todas, excepto uma, eram portadoras de bebés ao colo.

No que diz respeito aos objectivos propostos, consideramos que os conteúdos expostos foram globalmente apreendidos, visto que a totalidade das mães responderam correctamente às questões colocadas no final da sessão (Anexo IV). Poderemos então dizer que esta sessão foi proveitosa e com sucesso.

Ao longo da exposição da sessão as mães mostraram-se bastante interessadas e sensibilizadas, colocando dúvidas, cooperando com alguns exemplos e partilha de experiências. No final não demonstraram dúvidas em relação aos conteúdos abordados.

Como estratégias de motivação e aprendizagem foram utilizados reforços positivos ao longo da sessão como o elogio e a participação activa.

Na parede da Loja Social deixámos afixado um poster com a Roda dos Alimentos (Anexo VI). No final da sessão como forma de exemplificar e reforçar o ensino que foi feito, oferecemos um lanche composto por alimentos que constituem uma Alimentação Saudável e Equilibrada.

A realização desta sessão de educação para a saúde foi para mim extremamente gratificante pela oportunidade que me deu no desenvolvimento de competências científicas, pedagógicas, e de relação com as mães de etnia cigana. Por ter desenvolvido esta temática com a qual não me encontro familiarizada no exercício das minhas funções em contexto hospitalar, considero que

foi uma experiência extremamente enriquecedora que me proporcionou aprendizagem e crescimento tanto a nível pessoal como profissional.

#### 4 – BIBLIOGRAFIA

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Lisboa: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4

CONSELHO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, Comissão de Educação Alimentar – **Recomendações para a educação alimentar da população portuguesa**. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação, 1999.

FERNANDES, João José Santos – **O Doente de Etnia Cigana**. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000. ISBN 972 98149 4 5

LOPES, José Carlos dos Reis et al – **Multiculturalidade: Perspectivas de Enfermagem, Contributos para melhor cuidar**. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, 2009. ISBN 978 972 8930 45 5

LOUREIRO, I. – **A Promoção da Saúde Comunitária**. Cadernos da Direcção Geral da Saúde I, Abril de 2002.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – **Manual de Educação para a Saúde em Alimentação**. Lisboa: Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

NUNES, Emília; BREDÁ, João – **Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância**. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde; 2002. ISBN 972-9425-94-9

SILVA, Luísa Ferreira da, et al – **A comunidade Cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária**. Consultado em 6 de Novembro de 2010. Disponível em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR462dc924ecdba\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462dc924ecdba_1.PDF).

RODA DOS ALIMENTOS. In Infopédia (Em linha). Porto: Porto Editora, 2003-2010. Consultado em 6 de Novembro de 2010.

Disponível em [www: <URL: http://www.infopedia.pt/\\$roda-dos-alimentos>](http://www.infopedia.pt/$roda-dos-alimentos).

#### SÍTIOS

<http://www.portaldasaude.pt>

<http://www.dgs.pt>

<http://www.google.pt/images>

<http://physicalfitnessarticles.net>

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Aleitamento> (em linha) acedido a 6, 7 e 8 de Novembro de 2010.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

Plano de Sessão de Educação para a Saúde – Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11  
anos

## PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11 anos.

**Grupo a que se destina:** 30 mães de etnia cigana a residir num bairro de realojamento social na cidade de Lisboa com crianças cujas idades compreendem os 0 e os 11 anos.

**Local:** Loja Social cedida pela Gebalis ao Centro Social e Paroquial do Campo Grande, bairro das Murtas.

**Data e hora:** 12 de Novembro de 2010 das 15.30h às 16.30h.

### Objectivos:

- Que as mães fiquem com uma noção do que são Hábitos de Alimentação Saudável;
- Que as mães identifiquem o aleitamento materno como sendo mais vantajoso para o crescimento e desenvolvimento do bebé;
- Que as mães saibam identificar alguns alimentos que fazem parte duma Alimentação Saudável e Equilibrada para as suas crianças, e a distribuição das refeições;
- Que as mães saibam identificar alguns alimentos que, quando consumidos em excesso, contribuem para o aparecimento de problemas nas crianças e de doenças crónicas no adulto.

**Prelectora:** Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de especialização Enfermagem de Saúde Comunitária, a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade.

**Orientadora:** Carlota Sousa – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária no Centro de Saúde de Alvalade.

**Parceria:** Centro Social e Paroquial do Campo Grande.

Conteúdos	Método/Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo
<b>Introdução</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Apresentação da prelectora</li><li>– Apresentação do tema e sua importância</li></ul>	Expositivo/ Participativo	Data-Show	5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Alimentação Saudável</li><li>– Alimentação saudável na infância</li><li>– Aleitamento materno<ul style="list-style-type: none"><li>· Vantagens para o bebé</li></ul></li><li>– Alimentação saudável em idade pré-escolar e escolar<ul style="list-style-type: none"><li>· Distribuição das refeições</li></ul></li><li>– Roda dos alimentos</li></ul>	Expositivo Demonstrativo Interactivo	Data-Show	30 Minutos
<b>Conclusão</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Breve síntese de sessão</li><li>– Esclarecimento de dúvidas</li></ul>	Exposição dialogada Interactivo		5 Minutos
<b>Avaliação de conteúdo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Teste formativo</li><li>– Correção do teste</li></ul>	Perguntas feitas oralmente com apoio de guião	Teste formativo formato A4 Data-Show	20 Minutos

ANEXO II

Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde – Alimentação Saudável na Criança dos  
0 aos 11 anos

## Convocatória



Maria de Fátima Fonseca da Cruz, enfermeira Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa e a estagiar no Centro de Saúde de Alvalade, venho por este meio, no seguimento do levantamento das necessidades em Saúde na Comunidade em que contei com a sua colaboração através do preenchimento do questionário, convocar para a participação na Sessão de Educação para a Saúde cujo tema:

➤ **Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11 anos,**

a realizar no dia 12 de Novembro de 2010 na Loja Social “bairro das Murtas”, das 15.30 h às 16.30 h.

Agradeço desde já a sua participação

😊 e conto com a sua presença!

---

### ANEXO III

Guião de Avaliação da sessão de Educação para a Saúde – Alimentação Saudável na Criança dos 0  
aos 11 anos

**Guião de avaliação da sessão de Educação para a Saúde – Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11 anos**

<p><b>Questão</b> – Verdadeiro (<b>V</b>) ou Falso (<b>F</b>)                      Presentes no início da sessão: 11 mães                      Presentes no final da sessão: 8 mães</p>	<p><b>Número de respostas certas</b></p>	<p><b>Número de respostas erradas</b></p>
<p>Alimentação saudável – Hábito de comer bem de todos os alimentos e de uma forma equilibrada.</p>	<p>8</p>	<p>0</p>
<p>Na alimentação do bebé, o leite artificial é muito mais vantajoso que o leite materno.</p>	<p>8</p>	<p>0</p>
<p>As crianças que comem muitos doces e bebem muitos refrigerantes têm um crescimento e desenvolvimento saudáveis.</p>	<p>8</p>	<p>0</p>
<p>As crianças podem estar longos períodos de tempo sem comer (exemplo: desde o jantar até meio da manhã do próximo dia) porque no futuro não tem impacto na sua saúde.</p>	<p>8</p>	<p>0</p>
<p>Identifique no diapositivo o que não deve fazer parte do pequeno-almoço das crianças.</p>	<p>8</p>	<p>0</p>
<p>Identifique os alimentos que, quando consumidos em excesso, contribuem para o aparecimento de doenças crónicas no adulto.</p>	<p>8</p>	<p>0</p>

#### ANEXO IV

Diapositivos de apoio à apresentação em data-show da Sessão de Educação para a Saúde -  
Alimentação Saudável na Criança dos 0 aos 11 anos

# ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA CRIANÇA

Fátima Cruz  
Alvalade, 12 de Novembro de 2010

# HÁBITO DE COMER BEM DE TODOS OS ALIMENTOS DE UMA FORMA EQUILIBRADA

# COM HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEIS CRESCEM CRIANÇAS SAUDÁVEIS

# ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o saudável crescimento e desenvolvimento do bebé:

- Reforça o vínculo entre mãe e filho;
- Reforça o sistema imunitário da criança;
- Previne o aparecimento de diarreias;
- Previne o aparecimento de intoxicações alimentares;
- Reduz a incidência de alergias, infecções respiratórias e otites;
- Reduz o risco do aparecimento, na idade adulta, de cáries, HTA, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, alguns tipos de cancro, entre outras doenças crónicas.

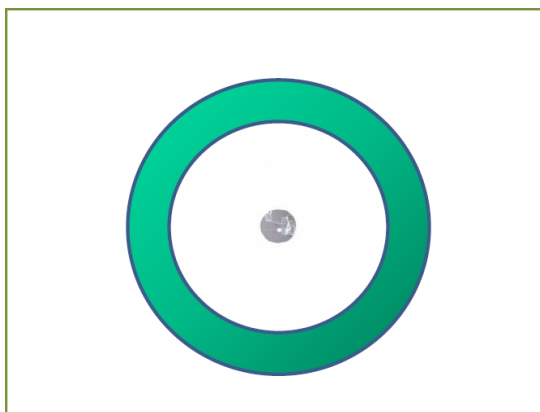
# A QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO INFANTIL DEPENDE DE TRÊS FACTORES

Alimentos que compõem as refeições

Quantidade ingerida em cada refeição

Intervalo entre as refeições

# RODA DOS ALIMENTOS





## ALIMENTAÇÃO DESEQUILIBRADA

- As **Gorduras** usadas nesta alimentação (gorduras saturadas), aumentam os níveis de colesterol, provocando coágulos nas artérias e aumentando o risco de doenças coronárias.



## ALIMENTAÇÃO DESEQUILIBRADA



- O excesso de **Açúcares** na confecção destes alimentos provoca impacto na saúde dos dentes e também está ligado directamente à obesidade, às doenças cardíacas e até ao cancro.



## ALIMENTAÇÃO DESEQUILIBRADA



- O **Sal** em excesso é responsável em grande parte pelo aumento da tensão arterial e aumenta o risco de doenças cardíacas.



## ALIMENTAÇÃO DESEQUILIBRADA



- Os **Corantes** e **Conservantes** contêm produtos químicos que, quando usados frequentemente, acarretam consequências para a saúde.

# OBRIGADA!



## BIBLIOGRAFIA

- CONSELHO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, Comissão de Educação Alimentar – Recomendações para a educação alimentar da população portuguesa. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação, 1999.
- LOUREIRO, I. – A Promoção da Saúde Comunitária. Cadernos da Direcção Geral da Saúde 1, Abril de 2002.
- LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – Manual de Educação para a Saúde em Alimentação. Lisboa: Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.
- NUNES, Emília; BREDÁ, João – Manual para uma alimentação saudável em jardins-de-infância. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2002. ISBN 972-9425-94-9
- SILVA, Luísa Ferreira da, et al – A comunidade cigana e o Etnocentrismo da Instituição Médica de Saúde Comunitária. Consultado em 6 de Novembro de 2010. Disponível em [http://www.aps.pt/cms/docs\\_priv/docs/DR462dc924ecdba\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_priv/docs/DR462dc924ecdba_1.PDF).
- RODA DOS ALIMENTOS. In Infopédia (Em linha). Porto: Porto Editora, 2003-2010. Consultado em 6 de Novembro de 2010.
- Disponível em www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$roda-dos-alimentos](http://www.infopedia.pt/$roda-dos-alimentos)>.

## SITIOS

- <http://www.portaldasaude.pt>
- <http://www.dgs.pt>
- <http://physicalfitnessarticles.net>
- <http://pt.wikipedia.org/wiki/Alimentacao>

## O que não deve fazer parte do pequeno almoço das crianças

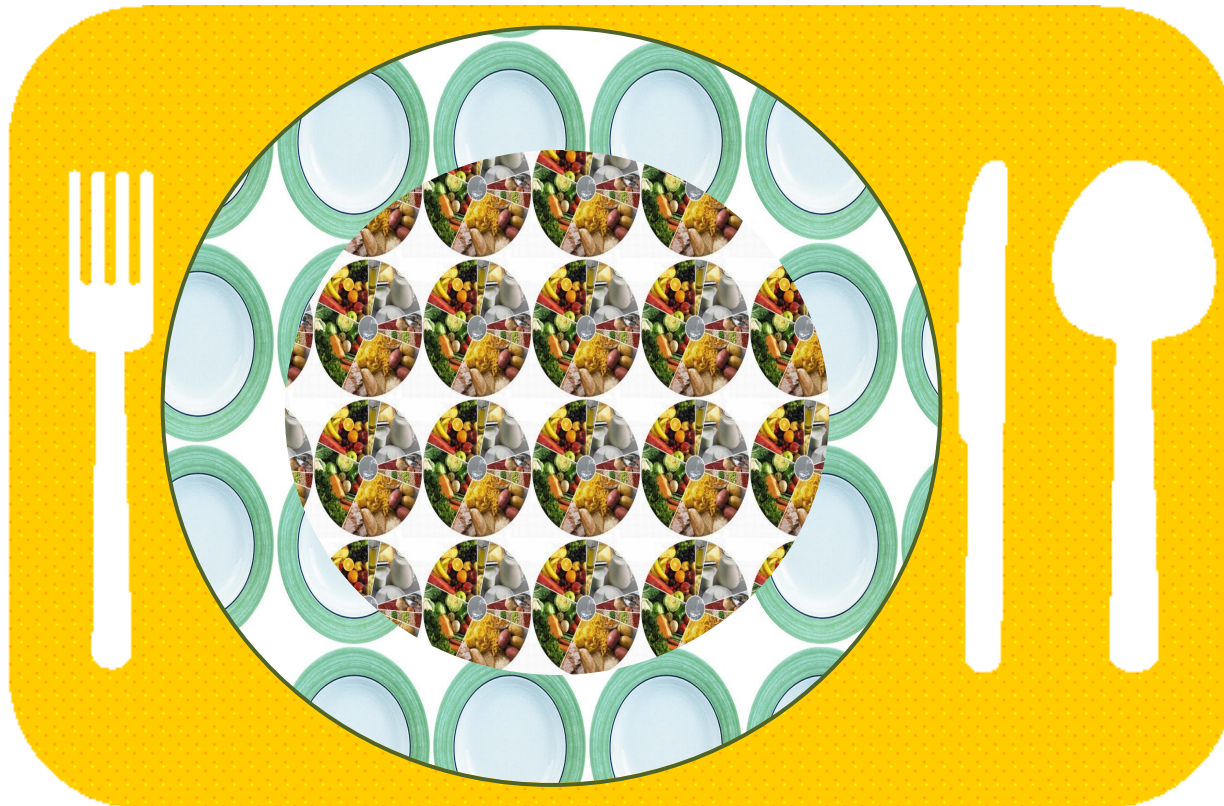


## Alimentos que, quando consumidos em excesso, contribuem para o aparecimento de doenças crónicas no adulto



ANEXO XIV  
Poster Roda dos Alimentos

# RODA DOS ALIMENTOS



Elaborado por: Fátima Cruz (Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa)  
Revisão por: Carlota Sousa (Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária no Centro de Saúde de Alvalade)  
Referências:  
<http://www.google.pt/imgres>, acessado a 03 de Novembro de 2010 Alvalade, Novembro de 2010

ANEXO XV

Entrevista realizada a Senhora de Etnia Cigana residente no Bairro das Murtas

## ENTREVISTA REALIZADA A UMA SRA. DE ETNIA CIGANA RESIDENTE NO BAIRRO DAS MURTAS

Esta entrevista tem como objectivo conhecer as especificidades da cultura cigana das mulheres habitantes deste bairro. A escolha desta senhora, com o seu consentimento, tem a ver com a sua aparência externa cujas características são sugestivas da típica cigana viúva descrita na bibliografia consultada e entrevistas realizadas. Veste de negro com saia comprida até aos pés. Usa lenço na cabeça o qual só deixa transparecer o rosto. Numa das visitas no seu domicílio, ao ser surpreendida com a minha chegada teve o cuidado de tapar logo a cabeça com o lenço. Observei que usa o cabelo muito curto.

A entrevista incidiu nos seguintes aspectos:

- Habitação
- Tradições
- Profissão/ Ocupação/ Rendimentos
- Concepção de Saúde/ Doença
- Família (casamento, filhos, idosos)
- Religião
- Escolarização
- Lazer

É sempre bom ir aos médicos. É mais importante as crianças irem ao centro de saúde do que os adultos. Se o meu filho estiver doente eu vou logo ao centro de saúde ou ao hospital, se eu estiver doente espero até passar ou então tomo uns comprimidos e só em último caso é que vou ao médico.

Os casamentos já não é como antigamente, os ciganos já casam com não ciganos. Se for a rapariga a sair já não aceitam tão bem. Agora já é normal casar aos 18 e 19 anos, antigamente era aos 11 e 13 anos. Hoje em dia também já há muitas separações.

Os pobres só fazem um dia de casamento porque são pobres, os ricos fazem mais dias.

Agora as crianças já vão à escola até aos 15/ 16 anos, antes era até aos 11/ 12 anos.

Há raparigas que trabalham na costura, e outras são cozinheiras. As tarefas de casa são das mulheres.

As vestimentas agora já são como vós, às vezes ainda vestem pior, calças e mini saias.

A maior parte das raparigas já usa cabelos compridos mas não é obrigatório. Agora já deixam muito a tradição cigana.

Muitos idosos já vão para os lares quando a família não consegue cuidar deles.

Uma casa sem crianças não é nada, nós gostamos muito de crianças mas isso já era porque agora a vida está má e não dá para ter muitos filhos.

Nem todos os ciganos são evangélicos, alguns são católicos.

Há alguns ciganos que têm emprego outros não. São os homens que trabalham mais fora, as mulheres é mais em casa.

Luto pelo marido é para toda a vida, isto era intigamente, agora já podem casar outra vez.

ANEXO XVI

Documento cedido pelo Planeamento de Controlo e Gestão do HCC



hospital currycabral, epe

**ANO 2010**

**Doentes Operados 2010**

**Tipo Cirurgia Convencional**

SERVIÇO	ICD Procedimento	Descrição do Procedimento	Total
ORTOPEDIA	8154	SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	207
	8151	SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	159
	806	EXCISAO DE CARTILAGEM SEMILUNAR DO JOELHO	83
	8026	ARTROSCOPIA DO JOELHO	62
<b>TOTAL</b>			<b>511</b>

**LIC a 31 Dezembro 2010**

**Tipo Cirurgia Convencional**

SERVIÇO	ICD Procedimento	Descrição do Procedimento	Doentes em LIC
ORTOPEDIA	8154	SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	130
	8151	SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	75
	806	EXCISAO DE CARTILAGEM SEMILUNAR DO JOELHO	30
	8026	ARTROSCOPIA DO JOELHO	21
<b>TOTAL</b>			<b>256</b>

Nº de utentes em LIC que excedeu o TMRG

SERVIÇO	ICD Procedimento	Descrição do Procedimento	Doentes em LIC
ORTOPEDIA	8154	SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	5
	8151	SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	2
	8026	ARTROSCOPIA DO JOELHO	1
	806	EXCISAO DE CARTILAGEM SEMILUNAR DO JOELHO	0
<b>TOTAL</b>			<b>8</b>

Nº de utentes em operados que excedeu o TMRG

SERVIÇO	ICD Procedimento	Descrição do Procedimento	Total
ORTOPEDIA	8154	SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	3
	8151	SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	1
	8026	ARTROSCOPIA DO JOELHO	0
	806	EXCISAO DE CARTILAGEM SEMILUNAR DO JOELHO	0
<b>TOTAL</b>			<b>4</b>

Fonte: Planeamento e Controlo de Gestão

ANEXO XVII

Questionário aplicado a utentes submetidos às cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no HCC no ano de 2010

## QUESTIONÁRIO

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, Enfermeira graduada Nível I a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Curry Cabral, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, e a realizar o Módulo III de estágio na Consulta Externa de Ortopedia deste Hospital sob orientação da senhora Enfermeira Isabel Chambel, responsável pela Consulta Externa.

Tendo como requisito a elaboração do diagnóstico da situação através do levantamento das necessidades em saúde na população, foi-me proposto a intervenção com utentes do foro ortopédico. A Osteoartrose constitui a principal causa de altos índices de incapacidade e a frequência desta patologia tende a aumentar nos países industrializados. O resultado deste fenómeno repercute-se no aumento de casos com necessidade de intervenção cirúrgica para substituição das articulações danificadas.

No Hospital de Curry Cabral a lista de espera para esta intervenção cirúrgica é uma realidade, sendo pouco frequentes os casos em que é ultrapassado o tempo máximo de resposta garantido sem carácter de urgência. Neste sentido, a “Educação para a Saúde” essencialmente no âmbito da prevenção secundária e terciária ganha extrema importância no período que antecede a cirurgia.

Com vista a obter a sua participação/ colaboração, elaborei este questionário que é composto por duas partes: a primeira corresponde à caracterização dos sujeitos da amostra e a segunda à recolha da sua opinião, face à importância da realização de Sessões periódicas de Educação para a Saúde no período pré-operatório de cirurgia ortopédica programada, a utentes em lista de espera dentro do “tempo máximo de resposta garantido”

É garantido o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida.

Durante o seu preenchimento e para que seja válido, peço-lhe que responda, segundo a sua opinião, a todas as questões. Se necessitar de ajuda para o seu preenchimento ou qualquer esclarecimento adicional, pode solicitar à autora.

Após o seu preenchimento, peço o favor de o devolver.

Agradeço desde já a sua colaboração pois ela é imprescindível.

## Parte I

Idade: \_\_\_\_ Anos

Sexo: \_\_\_\_

Cirurgia a que foi submetido/ a: \_\_\_\_\_

## Parte II

1. Como se classifica, quanto à informação que lhe foi facultada no período pré-operatório acerca da temática que envolve a cirurgia a que foi submetido?

Nada informado	Pouco informado	Informado	Muito informado	Completamente informado
----------------	-----------------	-----------	-----------------	-------------------------

2. Como considera, quanto à sua necessidade, a realização de Sessões de Educação para a Saúde a grupos de utentes em lista de espera com proposta para cirurgia ortopédica?

Nada necessário	Pouco necessário	Necessário	Muito necessário	Extremamente necessário
-----------------	------------------	------------	------------------	-------------------------

3. Caso fosse convocado para participar numa Sessão de Educação para a Saúde em grupo acerca da temática que envolve a cirurgia a que foi submetido, como agiria quanto ao seu interesse?

Nada interessado	Pouco interessado	Interessado	Muito interessado	Extremamente interessado
------------------	-------------------	-------------	-------------------	--------------------------

ANEXO XVIII

Estudo realizado na Consulta Externa de Ortopedia do HCC

## **ESTUDO REALIZADO NA CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA DO HCC**

Para estabelecer prioridades em necessidades em Educação para a Saúde, e de acordo com os objectivos definidos, recorreremos a um tipo de estudo descritivo, exploratório, transversal, dirigido aos utentes operados às três cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes no ano de 2010 (Artroplastia Total do Joelho, Artroplastia Total da Anca e Excisão de Cartilagem Semilunar do Joelho), e que recorreram à consulta externa de ortopedia no decorrer da segunda semana de estágio (29 de Novembro de 2010 a 3 de Dezembro de 2010). Pretendemos assim definir, de entre estas cirurgias, a que corresponde ao grupo de utentes que apresenta maior necessidade em termos de Educação para a saúde no período que antecede a cirurgia.

### **CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL ONDE É REALIZADO O ESTUDO**

O espaço físico da Consulta Externa de Ortopedia comporta seis gabinetes médicos, uma sala de gessos, duas salas de enfermagem, uma sala de espera com quarenta lugares sentados, e balcão da recepção com três administrativas no atendimento ao público. Funciona no período das 8.00 horas às 18.00 horas diariamente excepto fins-de-semana e feriados. A admissão a esta consulta é limitada, por regra, aos utentes abrangidos pela área de influência do Hospital, definida no distrito de Lisboa pela Unidade de Saúde B3, que integra os Centros de Saúde de Olivais, Sacavém e Sete Rios (carta de referência hospitalar).

A política de prestação de cuidados de enfermagem na Consulta Externa de Ortopedia tem por base o quadro de referências de enfermagem do HCC. As intervenções são consideradas como uma interação dinâmica enfermeiro/ utente/ família que têm no cuidar o elemento determinante da competência dos enfermeiros e na relação de ajuda a base da sua interacção. As intervenções de enfermagem são consideradas na sua maioria, interdependentes, como sendo a realização do penso cirúrgico, a colocação e remoção de talas gessadas, e a realização de imobilizações ortopédicas.

### **População**

Neste estudo a população é constituída pelos utentes operados às três cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no ano de 2010.

## **Amostra**

A amostra corresponde aos utentes operados às três cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes no ano de 2010, que recorreram à consulta de ortopedia na segunda semana de estágio. A amostragem é não probabilística pois nem todos os elementos que constituem a população tiveram a mesma probabilidade de fazer parte da amostra. O método de amostragem é a amostragem acidental que, segundo Fortin (1999: 208), “*é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado*”.

## **CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA**

Com vista a analisar os dados com variáveis mensuráveis, foi utilizado como instrumento de medida o questionário que permite recolher informação de maneira rigorosa de forma mais rápida e económica.

Após pesquisa bibliográfica não encontrei nenhum questionário já testado que abordasse este domínio, pelo que procedi à sua construção com base na revisão bibliográfica efectuada. O seu formato e conteúdo foram submetidos à discussão e crítica da Sra. enfermeira orientadora deste campo de estágio. Após a realização do pré teste, o questionário foi aplicado a uma amostra de 14 utentes que recorreram à consulta de ortopedia na segunda semana de estágio.

Na parte II do questionário, para a análise quantitativa do estudo foi utilizada uma escala tipo Likert.

## **Pré-Teste**

Antes da aplicação definitiva do questionário, realizámos um pré-teste de forma a garantir que o instrumento de colheita de dados respondesse ao que pretendíamos estudar, permitindo desta forma a sua validação.

O pré-teste foi aplicado a 3 sujeitos (referentes a cada uma das cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no ano de 2010) da população alvo e que não fazem parte da amostra. Verificámos que, de uma forma geral, as questões estavam redigidas de forma clara e objectiva. No entanto, antes do seu preenchimento, houve necessidade de reforçar o esclarecimento no que diz respeito aos objectivos do estudo, não se cingindo este somente à cirurgia em si mas a toda a temática que envolve o tipo de cirurgia a que foram submetidos, desde a sua fisiopatologia, passando pelo acto cirúrgico, até à adaptação à vida

quotidiana no pós-operatório tardio. O tempo médio necessário gasto por cada sujeito para realização do pré-teste foi de 3 minutos.

### **Aplicação do questionário – Recolha de dados**

Tivemos como objectivo, aquando da aplicação do questionário, criar um clima de confiança para que os sujeitos se sentissem à vontade para responder às questões. Assim, o nosso papel não se limitou somente a fornecer e recolher o questionário mas também a criar uma relação interpessoal de forma a influenciar o grau de motivação dos respondentes (Fortin, 1999).

O local de aplicação do instrumento de colheita de dados foi a consulta externa de enfermagem de ortopedia aquando da realização do penso cirúrgico.

Foram preenchidos e devolvidos todos os questionários.

### **APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS**

Os dados são submetidos a tratamento manual e informático através da estatística descritiva. Foram utilizadas medidas de frequência relativa (Percentagem).

Para facilitar o processamento e análise de dados, foi elaborado o quadro seguinte com as características referentes a cada sujeito:

### **Quadro I – Dados de Caracterização dos Sujeitos**

	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Cirurgia a que foi submetido/ a</b>
<b>1</b>	59	F	Artroplastia Total do Joelho à esquerda
<b>2</b>	62	M	Artroplastia Total do Joelho à esquerda
<b>3</b>	66	F	Artroplastia Total do Joelho à direita
<b>4</b>	74	M	Artroplastia Total do Joelho à direita
<b>5</b>	79	F	Artroplastia Total do Joelho à esquerda
<b>6</b>	79	F	Artroplastia Total do Joelho à direita
<b>7</b>	81	M	Artroplastia Total do Joelho à direita
<b>1</b>	48	M	Artroplastia Total da Anca à direita
<b>2</b>	63	F	Artroplastia Total da Anca à direita
<b>3</b>	68	F	Artroplastia Total da Anca à direita
<b>4</b>	85	F	Artroplastia Total da Anca à esquerda
<b>5</b>	85	F	Prótese Total da Anca à direita
<b>1</b>	38	M	Excisão de Cartilagem Semilunar do Joelho à direita
<b>2</b>	52	F	Excisão de C artilagem Semilunar do Joelho à esquerda

Feita a atribuição numérica, em ordem crescente relativamente à idade, e em ordem decrescente da cirurgia mais frequente para a menos frequente (dentro das três cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes realizadas no ano de 2010), para caracterização dos sujeitos.

Na Parte II do questionário, para quantificar os ítems da escala tipo Likert e determinar a intensidade da opinião dos sujeitos, atribuímos pesos diferentes a cada posição da escala, sendo esses pesos em ordem crescente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Considerámos os pesos 1 e 2 negativos e os pesos 4 e 5 positivos.

### ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Iniciamos a apresentação com o tratamento das variáveis referentes à caracterização da amostra e interpretação dos resultados, seguindo-se a análise e respectiva interpretação dos dados referentes à variável dependente.

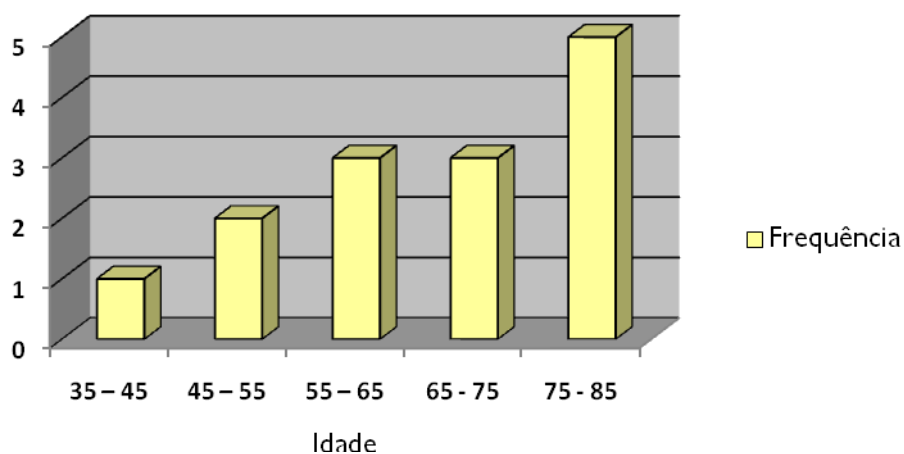
### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**Idade:**

**Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos segundo a idade**

Idade	Frequência	Frequência relativa
35 – 45	1	7,2%
45 – 55	2	14,3%
55 – 65	3	21,4%
65 - 75	3	21,4%
75 - 85	5	35,7%
<b>Total</b>	14	100%

Gráfico I - Distribuição dos sujeitos segundo a idade



A osteoartrose é a mais comum das doenças reumáticas e ocorre normalmente a partir dos 45 anos, aumentando de modo significativo com a idade. Depois dos 60 anos, afecta a maior parte da população em graus variados de intensidade e de compromisso poliarticular, embora só nalguns casos atinja gravidade suficiente para determinar sintomas e alteração morfológica articular com significado.

Os dados recolhidos comprovam que o avanço da idade do indivíduo é um dos factores predisponentes para contrair osteoartrose. A faixa etária de maior incidência é dos 75 aos 85 anos seguindo-se a faixa etária dos 55 aos 75 anos.

#### Sexo:

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos segundo o sexo

Sexo	Frequência	Frequência relativa
Masculino	5	35,7%
Feminino	9	64,3%
<b>Total</b>	14	100%

A osteoartrose é duas vezes mais comum no sexo feminino do que no masculino como se pode constatar no Quadro I, apesar das taxas de incidência serem as mesmas tanto em homens como em mulheres.

Os homens geralmente desenvolvem sintomas antes dos 43 anos de idade, as mulheres geralmente só desenvolvem sintomas depois dos 55 anos.

De acordo com Phipps (2003: 2231), nos homens a osteoartrose é mais típica nas ancas, joelhos e coluna vertebral, enquanto nas mulheres a osteoartrose é mais típica nas mãos e joelhos, sendo mais comum desenvolver-se após a menopausa. As mulheres que tomam substitutos de estrogénio parecem ter um menor risco de desenvolver a doença, o que sugere que o estrogénio pode ter um efeito protector na cartilagem.

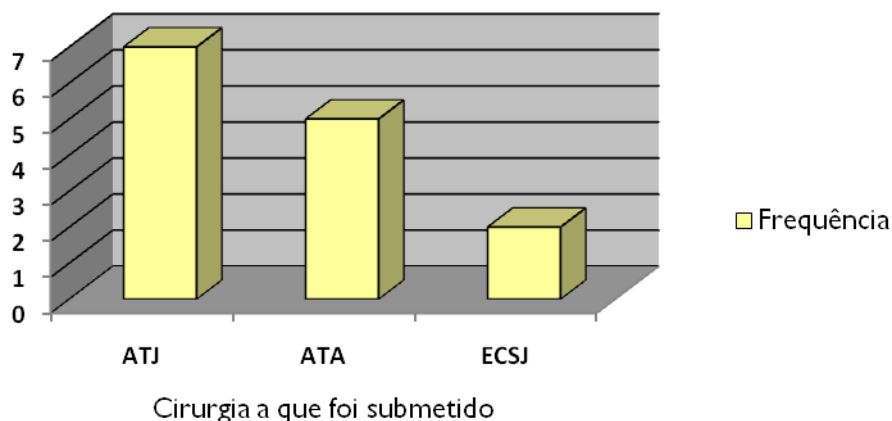
Alguns factores predispõem a mulher a desenvolver osteoartrose do joelho como sendo menor força muscular para absorver choques, uso de sapatos com saltos que provocam tensão permanente em certos grupos musculares, aumento de peso durante as gestações, e a maior tendência para a obesidade, (Ramos: 2003).

#### Cirurgia a que foi submetido:

**Quadro 4 – Distribuição dos sujeitos de acordo com a cirurgia a que foram submetidos**

Cirurgia a que foi submetido/ a	Frequência	Frequência relativa
ATJ	7	50%
ATA	5	35,7%
ECSJ	2	14,3%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Gráfico II - Distribuição dos sujeitos de acordo com a cirurgia a que foram submetidos



A amostra revela, em consonância com o documento cedido pelo Planeamento e Controlo de Gestão (PCG) do HCC, que a cirurgia mais frequente é a Artroplastia Total do Joelho, seguida da Artroplastia Total da Anca e da Excisão de Cartilagem Semilunar do Joelho.

A bibliografia consultada é unânime quanto à definição e localização mais frequente da osteoartrose como tratar-se de uma afecção degenerativa eminente crónica das articulações móveis (das diartroses), sobretudo do joelho, anca e vértebras (articulações que suportam mais peso), que se inicia ao nível da cartilagem articular, estendendo-se a toda a articulação acabando por destruí-la completamente. As pressões provocadas pelo peso do corpo e pelos movimentos sobre a cartilagem articular transmitem-se ao osso cortical (subcondral) subjacente. A cartilagem apesar de ser fina é muito resistente e dotada de elasticidade. Por esta razão é capaz de amortecer os choques, absorver parte da pressão, e distribuí-la na superfície articular.

#### PERCEÇÃO DOS UTENTES QUANTO À NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ACERCA DA TEMÁTICA QUE ENVOLVE A CIRURGIA A QUE FORAM SUBMETIDOS

Procedemos então à apresentação e análise dos dados obtidos nas questões da Parte II do questionário, através da escala de Likert:

- Distribuição dos sujeitos de acordo com a sua percepção “Como se classifica, quanto à informação que lhe foi facultada no período pré-operatório acerca da temática que envolve a cirurgia a que foi submetido?”

**Quadro 5**

Questão I	Frequência   %					
	ATJ		ATA		ECSJ	
Nada informado						
Pouco informado	3	42,85	3	60,00		
Informado	1					
Muito informado	3		2		1	
Completamente informado		42,85		40,00	1	100,00
Total de Sujeitos   %	7	100,00	5	100,00	2	100,00

Nesta amostra 42,85% dos indivíduos submetidos a ATJ apresentam pesos negativos e a mesma percentagem apresenta pesos positivos, em relação à informação que lhe foi facultada no período pré-operatório acerca da temática que envolve a ATJ. Dos indivíduos submetidos a ATA, 60% da amostra apresenta pesos negativos o que infere maior necessidade em Educação para a Saúde em relação às outras duas cirurgias ortopédicas programadas mais frequentes e com mais utentes em lista de espera.

O diagnóstico de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) “Conhecimento não demonstrado acerca do pré e pós-operatório” constitui um dos problemas de enfermagem nos utentes submetidos a ATA, e que é percebido pelas enfermeiras da consulta externa de enfermagem aquando da realização do penso após alta clínica do internamento.

Devido à existência de lista de espera, o tempo que medeia entre a proposta cirúrgica e a convocatória para efectivação da mesma (TRG) apresenta-se longo, e não favorece o estabelecimento de um programa de ensino personalizado aos utentes com cirurgia programada. Durante este período de tempo o utente não tem contacto com a instituição esmorecendo-se assim o vínculo entre ambos. Também na fase da convocatória, na grande maioria dos casos, os utentes são internados no dia anterior à cirurgia permanecendo em sala de espera até que a unidade onde vão ser instalados seja libertada e desinfectada. Dominados pelo stress, ansiedade, e medo do desconhecido característicos no utente cirúrgico, a informação prestada e ensinamentos efectuados nesta fase acabam por se revelar escassos e muito pouco eficazes.

4. Distribuição dos sujeitos de acordo com a sua opinião “Como considera, quanto à sua necessidade, a realização de Sessões de Educação para a Saúde a grupos de utentes em lista de espera com proposta para cirurgia ortopédica?”

**Quadro 6**

Questão 2	Frequência   %					
	ATJ		ATA		ECSJ	
Nada necessário					1	
Pouco necessário						50,00
Necessário	3					
Muito necessário	4		3		1	
Extremamente necessário		57,14	2	100,00		50,00
Total de Sujeitos   %	7	100,00	5	100,00	2	100,00

Mais uma vez a amostra revela que o grupo de utentes com proposta para ATA demonstra maior necessidade em Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a cirurgia a que vão ser submetidos, em relação aos utentes submetidos a ATJ e ECSJ.

Isto poderá dever-se, em relação às outras duas cirurgias, à maior complexidade na adaptação ao pós-operatório durante a realização das actividades de vida diária destes utentes.

Enquanto nas cirurgias do joelho as actividades de vida diária no período pós-operatório ficam comprometidas devido à dor que é muito intensa no período pós-operatório imediato (devido à região envolvente ser muito enervada e vascularizada) e a tendência é o alívio ao longo do tempo, a ATA requer técnica e adaptação para realização das mesmas sob pena de luxação da prótese. O Ensino para a Alta é muito mais elaborado em utentes submetidos a ATA que em utentes submetidos a PTJ.

5. Distribuição dos sujeitos de acordo com a sua motivação “Caso fosse convocado para participar numa Sessão de Educação para a Saúde em grupo acerca da temática que envolve a cirurgia a que foi submetido, como agiria quanto ao seu interesse?”

**Quadro 7**

Questão 3	Frequência   %					
	ATJ		ATA		ECSJ	
Nada interessado						
Pouco interessado						
Interessado	4				1	
Muito interessado	3		4			
Extremamente interessado		42,85	1	100,00	1	50,00
Total de Sujeitos   %	7	100,00	5	100,00	2	100,00

Em consonância com as questões anteriores, o grupo de utentes submetido a ATA manifesta maior interesse em participar numa Sessão de Educação para a Saúde em grupo acerca da temática que envolve a cirurgia a que foi submetido.

## **BIBLIOGRAFIA**

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0**. Genebra: USINE, 2005. ISBN 92-95040-36-8

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**; Lisboa: Edições 70, 1994. ISBN 972 44 0898 1

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**; Loures: Editora Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. 1999. ISBN 972 8383 10 X

LEININGER, Madeleine – **Enfermagem transcultural: Imperativo da enfermagem mundial**. Lisboa: Revista de Enfermagem 10 (2.<sup>a</sup> série) p. 32-33, 1998.

PHIPPS, Wilma; et al – **Enfermagem médico-cirúrgica (Conceitos e prática clínica)**, 6<sup>a</sup> Edição. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-65-7

Ramos TO. – **Avaliação e Tratamento de Osteoartrose de Joelho em Piscina Terapêutica. (TCC)**, 2003.

RAMOS, T. O. – **Avaliação e Tratamento de Osteoartrose de Joelho em Piscina Terapêutica**. Faculdade Integrada de Ciências Humanas Saúde e Educação de Guarulhos, 2003.

ANEXO XIX

Utentes em Lista de Espera para ATA e RSA

LISTAGEM DE UTENTES POR ORDEM CRESCENTE DE IDADES

	<b>Nome</b>	<b>Data nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Data inscrição</b>	<b>Tipo cirurgia</b>	
1	Doinita Lucretia Munteanu	11.12.1976	34	27.05.2010	ATA	/
2	Nuno Miguel Varela Ferreira	27.10.1973	37	05.08.2010	ATA	*
3	Maria Fátima Jesus Lopes Sousa	02.11.1962	48	26.07.2010	ATA	x
4	Maria Socorro G. Cabral	27.05.1961	49	21.06.2010	ATA	/
5	Felisberto Rodrigues Lopes	10.10.1958	52	21.01.2010	RSA	+
6	Mª Conceição R. M. Almeida	09.04.1955	55	05.07.2010	ATA	x
7	Carlos Almeida Teixeira	15.07.1954	56	02.09.2010	ATA	+
8	Adozinda Silva Oliveira	29.04.1952	58	29.09.2010	ATA	*
9	Américo Braz Alexandre	22.01.1947	63	10.08.2010	ATA	*
10	José Mendes Filipe	08.06.1947	63	05.07.2010	ATA	/
11	Maria Isabel Jesus Gouveia Pinto	10.02.1945	65	26.07.2010	ATA	+
12	Artur Augusto Lafaia Silva	11.06.1945	65	06.09.2010	ATA	*
13	José António Mendes Antunes	21.10.1944	66	11.10.2010	ATA	+
14	Eleutério Francisco Ribeiro	05.11.1944	66	24.06.2010	ATA	+
15	Emília Manata Queiroz	24.09.1944	66	05.07.2010	ATA	/+
16	Luís Cabral Silva	17.01.1944	67	06.10.2010	ATA	+
17	Álvaro Martins Pereira	08.09.1943	67	13.07.2010	ATA	/+
18	Agostinho Pereira Oliveira	26.02.1942	68	21.09.2010	ATA	*
19	Aida Susana Ramalho Maurício	24.06.1942	68	27.07.2010	ATA	/+
20	Joaquim Gomes Monteiro	24.02.1939	71	04.03.2010	RSA	/
21	Maria Susana Anjos Ribeiro	15.06.1939	71	26.05.2010	ATA	/
22	Maria Jesus Nunes	08.09.1938	72	27.09.2010	ATA	x
23	Joaquim Covas Pinto	22.09.1938	72	22.07.2010	RSA	*
24	Ema Jesus Reis	25.09.1938	72	11.06.2010	RSA	x
25	Silvério Cunha	25.10.1938	72	11.08.2010	ATA	*
26	Jesus Gallego Alvarez	26.08.1937	73	26.07.2010	ATA	*
27	Irene Conceição Silva Ferreira	30.09.1937	73	22.09.2010	ATA	+
28	Aurélio Jesus Martinho Ferreira	20.08.1936	74	27.07.2010	ATA	x
29	Maria Natália Ferrão Borges	01.11.1936	74	17.06.2010	RSA	/
30	Alfredo Cardoso	08.11.1936	74	05.07.2010	ATA	+
31	Luciana Rodrigues S. Cortinhal	16.03.1935	75	13.07.2010	ATA	+
32	António Eleuterio	25.03.1935	75	02.09.2010	ATA	x
33	Maria Conceição F. Quitério	11.09.1974	76	06.09.2010	ATA	x
34	Celeste Alípio Oliveira	26.01.1933	77	06.10.2010	ATA	x
35	Armindo Pinto	03.06.1928	82	28.06.2010	ATA	x
36	Mª Encarnação B. P. Campos	29.11.1928	82	07.06.2010	ATA	+

37	Emília Anunciação Isidro	01.03.1920	90	25.08.2010	ATA	+
----	--------------------------	------------	----	------------	-----	---

Legenda:

ATA – Artroplastia Total da Anca

RSA – Revisão de Substituição da Anca

\* – Não atende

/ – Já foi operado

x – Não pode comparecer

+ – Pode comparecer

ANEXO XX  
Artroplastia Total da Anca



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde

 Hospital Curry Cabral

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Unidade Curricular Estágio – Módulo III

# **ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

**Lisboa, Novembro de 2010**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Escola Superior Politécnica de Saúde

 Hospital Curry Cabral

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Unidade Curricular Estágio – Módulo III

# **ARTROPLASTIA**

# **TOTAL**

# **DA ANCA**

Maria de Fátima Fonseca da Cruz

Professora tutora: Teresa Rasquilho Vidal

Enfermeira orientadora: Isabel Chambel

**Lisboa, Novembro de 2010**

## SUMÁRIO

<b>0 – NOTA INTRODUTÓRIA.....</b>	<b>304</b>
<b>1 – COXARTROSE .....</b>	<b>305</b>
1.1 – ETIOLOGIA.....	305
1.2 – SINTOMATOLOGIA.....	305
1.3 – EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO.....	306
1.4 – TRATAMENTO .....	306
<b>1.4.1 - Tratamento conservador / incruento.....</b>	<b>306</b>
<b>1.4.2 - Tratamento invasivo / cruento.....</b>	<b>306</b>
<b>2 – ARTROPLASTIA DA ANCA.....</b>	<b>308</b>
2.1 – ANATOMIA DA ANCA .....	308
2.2 – ARTROPLASTIA DA ANCA.....	308
2.3 – INDICAÇÕES PARA ARTROPLASTIA DA ANCA .....	309
2.4 – PRÓTESES .....	310
2.5 – MÉTODOS DE ARTROPLASTIA .....	311
2.6 – COMPLICAÇÕES DA ARTROPLASTIA.....	312
2.7 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	313
<b>2.7.1 - No Período Pré-operatório.....</b>	<b>313</b>
<b>2.7.2 - No Período Intra-Operatório.....</b>	<b>314</b>
<b>2.7.3 - No Período Pós-Operatório.....</b>	<b>314</b>
2.7.3.1 - Posicionamentos no pós-operatório.....	316
2.8 – ENSINO PARA A ALTA .....	317
<b>2.8.1 - Posições de sono e repouso .....</b>	<b>317</b>
<b>2.8.2 - O sentar.....</b>	<b>317</b>
<b>2.8.3 - Movimentos, exercícios e marcha.....</b>	<b>317</b>
<b>2.8.4 - Actividades de vida diária.....</b>	<b>318</b>
<b>2.8.5 - Ir ao médico.....</b>	<b>318</b>
<b>3 – NOTA FINAL.....</b>	<b>319</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>320</b>

## 0 – NOTA INTRODUTÓRIA

O progresso da Medicina permitiu modificar nos últimos anos, e sobretudo neste século, a qualidade de vida, mas também a longevidade da espécie humana. Assim, a esperança de vida actual é maior duas vezes da que existia no início do século. Esta evolução na qualidade e quantidade de vida do homem resultou da capacidade de tratar com eficácia a principal causa de morte até há alguns anos: a infecção.

Como resultado desta modificação, existem cada vez mais indivíduos idosos na maioria dos países da civilização ocidental e, conseqüentemente, cada vez mais doenças próprias desse envelhecimento populacional: doenças cardiovasculares, cancro, hipertensão arterial, diabetes e doenças reumáticas. Entre estas, algumas são muito mediáticas por serem cada vez mais responsáveis pela mortalidade, mas outras, como as doenças reumáticas, deverão ser igualmente consideradas. Na verdade, se não condicionam a morte, são responsáveis por grande sofrimento, incapacidade e consumo de recursos financeiros a nível individual e social.

Alguns factores com maior evidência nos países industrializados como sendo o envelhecimento populacional, a obesidade, e o sedentarismo, potenciam o problema da incidência da osteoartrose, problema este que constitui a principal causa de altos índices de incapacidade, de reformas antecipadas, e de absentismo laboral.

A osteoartrose é a mais comum das doenças reumáticas e ocorre tanto em homens como em mulheres normalmente a partir dos 45 anos, e aumenta de modo significativo com a idade. Depois dos 60 anos, afecta a maior parte da população em graus variados de intensidade e de compromisso poliarticular, embora só nalguns casos atinja gravidade suficiente para determinar sintomas e alteração morfológica articular com significado.

A substituição da anca (artroplastia da anca) está a tornar-se cada vez mais comum à medida que a população do mundo envelhece. O Plano Nacional de Saúde 2004/ 2010 estipula a adopção de medidas que potenciem, na população portuguesa, a concretização do seu adequado tratamento e reabilitação.

## **I – COXARTROSE**

A coxartrose é uma doença de carácter degenerativo da articulação coxofemural, que atinge uma percentagem relativamente elevada da população idosa. Pode contudo atingir indivíduos bastante novos havendo casos de doentes a partir dos vinte anos, sobretudo quando existem lesões prévias de causa traumática ou doença.

É uma situação bastante incapacitante, pois além da dor e da rigidez da anca pode associar-se uma posição viciosa e sobretudo a limitação dos movimentos da anca. A coxartrose é muitas vezes acompanhada por deformações do acetábulo e da cabeça do fémur. Felizmente que hoje em dia estas situações têm resolução, podendo os doentes após o tratamento efectuado retomar um estilo de vida praticamente idêntico ao que tinham antes do seu aparecimento, ou agravamento da doença.

### **I.1 – ETIOLOGIA**

Pode ser devido:

- Idade
- Uso e desgaste excessivo da articulação
- Traumatismos
- Patologias que lesionam as superfícies articulares, acelerando o processo de desgaste
- Desenvolvimento imperfeito da bacia (displasia)
- Sub-luxação ou luxação congénita

### **I.2 – SINTOMATOLOGIA**

Há normalmente dor na região inguinal e no joelho. A dor aumenta com a deambulação e diminui ou desaparece com o repouso. Mais tarde pode aparecer uma sensação de rigidez manifestada nas actividades quotidianas como por exemplo a incapacidade de alcançar os pés para atar os sapatos ou simplesmente para cortar as unhas.

A sintomatologia tende a agravar-se progressivamente de mês para mês e de ano para ano até provocar uma dor intensa e a incapacidade para as actividades de vida diária. Os movimentos forçados são dolorosos.

Com o decorrer do tempo instala-se a limitação de todos os movimentos da anca. É muito acentuada a limitação de abdução, adução e rotação, pelo que no entanto se conserva o da flexão.

### **I.3 – EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

Exame radiológico – As alterações são características. Observa-se diminuição do espaço inter-articular com tendência a esclerose das superfícies ósseas. Habitualmente observa-se hipertrofia do osso nos rebordos articulares (formação de osteófitos).

### **I.4 – TRATAMENTO**

O tratamento requerido depende da gravidade da situação. É preferível deixar a coxartrose discreta sem tratamento. Nos casos de intensidade moderada, bastará o tratamento conservador/ incruento, enquanto nos casos mais graves é aconselhável o tratamento invasivo/ cruento.

#### **I.4.1 - Tratamento conservador / incruento**

É evidente que nenhuma forma de tratamento conservador pode influenciar a alteração da anatomia articular. Na maioria dos casos, o tratamento é apenas paliativo, pode aliviar a dor mas não pode eliminá-la. Existem quatro métodos diferentes:

- Repouso “relativo” – Este termo significa que o doente deve mudar de hábitos de vida, trocando de ocupação ou tentando diminuir a função exigida pela sua bacia.
- Terapêutica – Podem ser necessários analgésicos suaves, especialmente quando a dor perturba o sono.
- Fisioterapia – Com frequência, a aplicação de calor local com exercícios para fortalecer os músculos e preservar a mobilidade, consegue um alívio temporal.
- Injecções intra-articulares – Com injecções intra-articulares de anti-inflamatórios não esteróides, com ou sem analgésico local, tem-se conseguido um alívio durante algum tempo.

#### **I.4.2 - Tratamento invasivo / cruento**

Pode ser obrigada a intervenção cirúrgica quando a dor é intensa, especialmente se perturba sono ou incapacita gravemente o doente para a marcha ou trabalho. Praticam-se quatro tipos de operação:

– Libertação muscular

Sabe-se que o corte dos músculos que rodeiam a anca alivia a dor da artrose, talvez pela eliminação da tensão muscular. Os músculos que geralmente se cortam são o psoas, o tensor da fascia lata, o recto femoral e os adutores. Pode também fazer-se uma incisão na porção anterior da cápsula. A deambulação é restabelecida uma a duas semanas depois da operação. Sabe-se que às vezes obtém-se alívio da dor, embora em geral é incompleta e temporal. Raras vezes se pratica esta operação.

– Osteotomia

Esta operação é actualmente pouco utilizada. Secciona-se o fémur entre os trocânteres maior e menor, e o fragmento inferior (diáfise) desloca-se em direcção à linha média do corpo, aproximadamente uma quarta parte do seu diâmetro. A fixação dos fragmentos é feita internamente através de uma placa e parafusos. O alívio é satisfatório e conserva-se uma certa mobilidade articular. Não se encontrou ainda uma resposta satisfatória à pergunta pela qual a osteotomia alivia as dores na coxartrose. Sabe-se que como consequência da deslocação, se remodelam as trabéculas ósseas e se estimulam processos de reparação na cartilagem articular lesionada. Certamente, nos casos favoráveis, a cartilagem engrossa-se de maneira apreciável nos primeiros dois ou três anos depois da operação, como se pode comprovar radiologicamente.

– Artrodese

A articulação apoia-se numa posição de quinze a vinte graus de flexão, sem abdução, adução ou rotação. A dor desaparece por completo conservando-se uma boa função sempre e quando a outra coxa, os joelhos e a coluna vertebral sejam normais.

– Artroplastia

A Artroplastia é um termo que se aplica a qualquer tipo de cirurgia, da qual resulta uma articulação artificial. É uma operação que tenta restaurar ao máximo a integridade e a funcionalidade da articulação. As artroplastias podem ser de excisão ou de implantação.

## **2 – ARTROPLASTIA DA ANCA**

### **2.1 – ANATOMIA DA ANCA**

A articulação da anca é composta por várias estruturas ósseas e ligamentos.

Numa descrição sumária temos no fémur: a cabeça, o colo, o grande trocanter e o pequeno trocanter; na bacia, a cavidade acetabular.

A cabeça do fémur articula-se com o acetábulo, côncava e relativamente profunda, de modo a formar a articulação da anca ou coxofemoral.

A cabeça do fémur assemelha-se mais a uma esfera completa do que qualquer superfície articular de outro osso do corpo. O acetábulo é acentuado no seu rebordo por um cordão fibrocartilágneo chamado debrum cotiloideu, inferiormente incompleto, e por um ligamento transversal do acetábulo, que cruza a chanfradura isquio-púbica no bordo inferior do acetábulo.

A articulação coxofemoral, além de sustentar o peso do corpo e garantir determinada estabilidade devido à sua característica esferóide, permite relativa liberdade de movimentos, como: extensão e flexão, adução e abdução, rotação interna e externa.

### **2.2 – ARTROPLASTIA DA ANCA**

A anca é afectada por uma doença comum a partir dos 50 anos, mas que também pode aparecer em pessoas mais novas. Essa doença é caracterizada por uma destruição progressiva dos componentes da articulação que leva a uma diminuição das funções, acompanhada de dor que pode ser mais ou menos intensa, consoante o desgaste sofrido pela articulação.

Nalguns casos pode ser necessária uma intervenção cirúrgica para remover osso ou cartilagem danificados da articulação, realinhar ou alterar as superfícies articulares que fazem carga, ou ainda remodelar a articulação com a substituição da mesma por meio de uma outra confeccionada com material sintético, cuja morfologia é próxima à anatomia humana.

O objectivo principal da cirurgia ortopédica no tratamento das doenças articulares degenerativas é o alívio da dor. Para além disso, também deve recuperar a função e corrigir as deformidades.

Artroplastia é um termo que se aplica a qualquer tipo de cirurgia da qual resulta uma articulação artificial. É uma operação que tenta restaurar ao máximo a integridade e funcionalidade da articulação.

Foi criada principalmente para o doente idoso, cuja articulação não poderia ser restaurada por outros processos, uma vez que uma substituição total da anca deve durar entre 10 e 20 anos até que seja necessária uma nova revisão; é por esta razão que os cirurgiões evitam operar doentes com menos de 65 anos. Um doente mais activo, ou seja, mais jovem, tem maiores probabilidades de vir a desgastar a prótese e a carecer de uma segunda cirurgia que é muito mais complicada que a primeira, visto que se tem de remover todo o cimento utilizado na primeira intervenção, o que é difícil e demora muito tempo.

A artroplastia representa o maior progresso das cirurgias ortopédicas nos últimos vinte anos pela possibilidade de reconstrução de uma articulação através do implante de uma prótese.

### 2.3 – INDICAÇÕES PARA ARTROPLASTIA DA ANCA

Existem várias situações que poderão conduzir à necessidade de uma artroplastia da anca:

– Traumatológicas:

- Fracturas: é a ruptura de um osso (no caso, colo do fémur), podendo ocorrer por meio de traumatismos directos como os que ocorrem em acidentes, quedas, ou em ossos com osteoporose. O doente apresenta dor na coxa do membro fracturado com rotação externa e encurtamento.

– Ortopédicas:

- Artroses
- Artrite reumatóide: doença crónica na qual há inflamação das articulações com destruição das estruturas articulares e periarticulares. Inicia-se com inflamação da membrana sinovial e espessamento do tecido que leva à anquilose fibrosa e, posteriormente, evoluindo para uma sinartrose. Caracteriza-se clinicamente por calor, rubor, edema, dor e rigidez de início matutino.
- Espondilite anquilosante: alteração reumática com inflamação principalmente da coluna cervical, sacroilíaca e coxas. A maior incidência é nos homens. A dor lombar é frequente nesses utentes que, devido ao espasmo das musculaturas lombar e paravertebrais, lentamente são levados à cifose. Esta doença apresenta também como sinais iniciais febre, anorexia, diminuição de peso, anemia e fadiga.
- Sequela de Legg Calvé Perthes: a doença de Perthes ocorre na infância com maior incidência no sexo masculino. Sendo uma forma de necrose asséptica (mais

especificamente uma necrose do centro da ossificação da epífise proximal do fêmur) provoca falência da estrutura óssea. A epífise torna-se achatada com o formato de um cogumelo. Com o tempo provoca alterações na marcha, dor e artrose, sendo então necessária a substituição total da anca envolvida.

- Sequelas de luxação congênita: na luxação congênita da anca a articulação apresenta anomalias, mantendo a cabeça do fêmur fora da cavidade acetabular. Se não for corrigida devidamente na infância, uma artrose coxofemoral poderá instalar-se na fase adulta.
- Tumores do colo e da cabeça do fêmur: situação pouco comum que nalgumas circunstâncias pode exigir a realização de uma prótese total da anca.
- Doença de Paget: conhecida também como osteíte deformante na qual ocorrem alterações na estrutura óssea tornando-a maior, porém mais frágil. Podem desenvolver-se deformidades dos ossos longos ou osteoartrose nas articulações podendo por vezes ocorrer fracturas patológicas. Inicialmente o indivíduo poderá apresentar dor, rigidez, deformações e cefaleias.

## 2.4 – PRÓTESES

A prótese é uma peça mecânica de liga metálica desenvolvida para substituir um osso e/ ou uma articulação do corpo, por exemplo, a prótese da anca foi desenvolvida para substituir a articulação da anca quando a original não consegue manter a sua capacidade funcional.

O implante de prótese é mais frequente nas articulações da anca e do joelho. Estas podem ser parciais ou totais.

Na prótese parcial faz-se a substituição do colo e da cabeça do fêmur por uma prótese metálica em que o acetábulo permanece intacto. Em geral a prótese utilizada é como a cabeça do fêmur de tamanho original mais estável que uma prótese com cabeça menor, promovendo porém um maior desgaste do acetábulo.

Na prótese total faz-se a substituição do colo e da cabeça do fêmur por um componente femural, e a substituição do acetábulo por um componente acetabular.

A cabeça desta prótese é menor que a anatómica, origina menor pressão e baixo coeficiente de atrito, o que causa menor desgaste, aumentando desta forma a durabilidade da prótese. Neste caso devido à cabeça da prótese ser menor, a instabilidade é menor.

Existem vários tipos de próteses no mercado, sendo os mais correntes os seguintes.

Tipos de prótese:

- Prótese total da anca (componente acetabular e componente femural)

- Cimentada prótese de Wagner
  - Cimentada prótese de Chamley Muller
  - Não cimentada prótese de Lord
- Prótese parcial da anca (componente femural)
- Prótese parcial de Moore
  - Prótese de Thompson

As próteses totais da anca podem ser divididas em:

- Cimentada: o acetábulo é preparado colocando-se polimetilmetacrilato para fixar a taça de polietileno à cavidade acetabular. Em seguida, o canal medular do fêmur é alargado; a haste do componente femoral é então impactada dentro do canal medular.
- Não cimentada: é realizado o mesmo procedimento que na prótese cimentada mas o componente femoral é encaixado sobre pressão sem cimentar. O acetábulo após ter sido preparado, é perfurado nalguns pontos até ao ísquio e íleo, recebendo o componente acetabular poroso que é fixado com parafusos nos locais das perfurações anteriormente realizadas. A porosidade da prótese mais o processo de cicatrização permitem a aderência da prótese pela formação óssea além do impactado que ocorre em redor. Esta prótese é normalmente utilizada em cirurgias de revisão da prótese total da anca, isto é, nas próteses que, por algum motivo, tenham perdido a aderência.
- Híbrida: o componente femoral é cimentado, porém o componente acetabular é aparafusado no osso. Esta prótese pode ser utilizada como primeira escolha ou na revisão.

## 2.5 – MÉTODOS DE ARTROPLASTIA

- Artroplastia com recessão:
 

Neste método uma ou ambas as extremidades articulares dos ossos são cortadas de forma a criar-se um espaço oco entre eles. O espaço criado preenche-se por tecido fibroso ou pode inserir-se no seu interior tecido adiposo, músculo ou outra parte mole. Devido à sua flexibilidade o tecido interposto permite um grau razoável de movimento mas a articulação frequentemente perde estabilidade. O método é aplicável em todas as articulações excepto no caso do joelho, no entanto é utilizada na articulação metatarso-falangiana do polegar.
- Artroplastia em taça:
 

Este método emprega a interposição de uma prótese de metal bem ajustada entre a cabeça do fêmur e o acetábulo para acomodar a prótese. O processo cicatricial cobre as superfícies ósseas nuas com uma superfície regenerada derivada da Artroplastia, semelhante à cartilagem articular. A inserção da prótese requer precisão, e os utentes devem ser avisados

de que a prótese pode ser alterada numa segunda intervenção, se não forem obtidos resultados satisfatórios. O tratamento pós-cirúrgico é complicado e exige fisioterapeutas experientes e um utente bem motivado, que mantenha os exercícios. Esta cirurgia pode ser feita em articulações esféricas.

Uma desvantagem importante deste método é que o suprimento sanguíneo do osso dentro da taça está comprometido o que leva a uma vascularização inadequada provocando necrose avascular da cabeça do fémur podendo colapsar. Talvez por essa razão este método não seja utilizado actualmente.

– Artroplastia de substituição da cabeça do fémur:

É um método de escolha para a anca e para o joelho e com sucesso menos evidente para outras articulações. Esta cirurgia é utilizada quando há lesão intensa da cabeça do fémur em presença de um acetábulo normal. Em princípio, uma ou com mais frequência ambas as terminações ósseas das articulações são removidas e substituídas por próteses. O ideal é que a prótese permaneça rigidamente fixa em que é utilizado cimento acrílico; a não aderência pode ser uma das causas de insucesso.

A cirurgia está indicada quando há uma disjunção do colo femural ou a necrose avascular da cabeça do fémur secundária a fracturas ou outras causas. Não está indicada em Artrite Degenerativa primária ou secundária onde há anomalias nos dois lados da articulação. Se apenas um lado da articulação é substituída a cirurgia é denominada hemi- substituição, quando ambas são substituídas é denominada Artroplastia total de substituição. A desvantagem destas cirurgias é que há uma tendência para que os componentes protéticos não adiram ao osso. No entanto a boa aderência permite uma prótese funcional por muitos anos, especialmente a da anca.

## 2.6 – COMPLICAÇÕES DA ARTROPLASTIA

O Enfermeiro deverá estar sempre atento às complicações que podem surgir no intra-operatório ou no pós-operatório, detectando-as precocemente.

- Fractura do acetábulo: é uma complicação técnica durante a preparação da cavidade acetabular.
- Reacção ao cimento acrílico: o cimento pode difundir-se na corrente sanguínea durante a cimentação da prótese levando a uma hipotensão transitória. Pode também ocorrer embolia que, se não for tratada, levará o doente ao óbito.

- Hematoma: ocorre com certa frequência quer devido ao mau funcionamento da aspiração dos drenos quer por terapêutica anticoagulante. O doente apresenta dores, edema local, equimose e aumento da temperatura.
- Lesões nervosas: são lesões pouco comuns. Podem ocorrer lesões do nervo ciático e femural pelo uso do afastador ou contacto com cimento acrílico. O doente apresenta parestesia.
- Luxação da prótese: poderá ocorrer por problemas devido à má colocação da prótese.
- Trombose venosa profunda: forma-se um trombo na veia devido a alguns factores tais como lesões do epitélio da veia, hipercoabilidade e estase. Ocorre dor ao deambular, cianose da extremidade, edema, calor local.
- Embolia pulmonar: é a obstrução de uma ou mais artérias pulmonares por um trombo que se coloca em direcção do pulmão. Ocorre dor torácica, taquicardia, dispneia, cianose, hiperventilação e síncope.
- Embolia gorda: este síndrome é encontrado mais frequentemente nas fracturas da diáfise do fémur.
- Infecção: é a complicação mais temida pelo cirurgião por implicar a extracção da prótese. Esta complicação pode ocorrer precocemente por um abscesso, hematoma infectado ou por deiscência.

## 2.7 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem são prestados em três momentos cruciais:

- No período pré-operatório;
- No período intra-operatório;
- No período pós-operatório.

### 2.7.1 - No Período Pré-operatório:

- Deve fazer-se a entrevista de enfermagem para conhecer o utente de modo a que todas as suas necessidades possam ser correctamente avaliadas e tornando a sua permanência no hospital o mais agradável possível.
- É fundamental que o utente seja preparado psicologicamente para o tratamento que vai realizar. Assim, o enfermeiro esclarece o utente sobre a concretização da cirurgia falando-lhe da prótese, os cuidados após a cirurgia, apelar à sua colaboração para uma recuperação mais rápida e menos dolorosa.

- Orientar o utente para que este se abstenha de comer no mínimo 8 horas, antes da intervenção.
- Deve ser realizada a tricotomia 2 horas antes da cirurgia a todo o membro inferior e zona abdominal, orientando o utente a tomar banho e utilizar solução anti-séptica no local da tricotomia.
- Antes da cirurgia deve ensinar-se ao utente exercícios que lhe permitirão um pós-operatório mais seguro.
  - Exercícios respiratórios
  - Exercícios com os membros inferiores
  - Mudanças de posição

### **2.7.2 - No Período Intra-Operatório:**

Corresponde ao período de tempo em que o utente se encontra no bloco operatório a ser atendido pela equipa do serviço. O enfermeiro está sempre presente nesta fase que engloba:

- Acolhimento do utente no bloco operatório,
- Transferência para a mesa cirúrgica,
- Assegurar medidas de prevenção da infecção,
- Posicionamento na mesa cirúrgica,
- Apoio à anestesia, circulante e instrumentista,
- Controlo da temperatura ambiente,
- Vigilância e reposição hemodinâmica,
- Proporcionar conforto e controlo da dor,
- Transferência do doente para outro serviço.

### **2.7.3 - No Período Pós-Operatório:**

- Imediato

O utente, após o acto anestésico, deve permanecer sob atenta observação do enfermeiro devido aos riscos decorrentes do acto cirúrgico.

O enfermeiro deverá estar atento a sinais de obstrução das vias aéreas, anormalidades cardiopulmonares, e luxação da anca. Em consequência, o utente deve permanecer na sala de recobro ou numa área similar durante duas a três horas até que os seus sinais vitais estabilizem e que o utente recupere a consciência.

É necessário manter o volume sanguíneo de forma a evitar a instalação de um quadro de hipotensão ou anomalias cardíacas. Pode também ser necessário a administração de oxigénio, assim como a monitorização electrocardiográfica.

Depois da intervenção cirúrgica o utente fica sentado na cama, formando um ângulo de 45° para evitar a luxação da prótese. O posicionamento no leito é realizado com os membros inferiores elevados aproximadamente 10cm em abdução em torno de 15° com almofada posicionada entre os membros inferiores, que é colocada no intra-operatório para evitar adução e rotação interna durante a recuperação anestésica.

Neste período começam a realizar-se exercícios activos do tornozelo auxiliando o retorno venoso e mantendo a amplitude de movimentos.

#### – Tardio

O indivíduo que se submete a prótese total da anca exige do enfermeiro uma actuação directa e activa por se tratar de um utente essencialmente acamado. Deverá ser estimulada a sua independência proporcionando-lhe conforto, cuidar da sua integridade cutânea, física, estando sempre atento às complicações que podem surgir.

Os cuidados de enfermagem propriamente ditos são:

- Preparar a cama para receber o doente com um colchão apropriado, a fim de preservar a integridade cutânea e proporcionar maior conforto ao utente. As roupas da cama e do doente devem estar esticadas, secas e limpas para evitar factores mecânicos que produzem pressão;
- Não posicionar o doente na cama sobre o lado operado;
- Utilizar o trapézio para sua mobilização activa e, com isso, melhorar a circulação. Este procedimento é utilizado também para prestar cuidados de higiene e realização de massagens de conforto.
- Acompanhar o resultado de exames de laboratório, principalmente hematócrito e hemoglobina, para avaliação da perda sanguínea;
- Manter a abdução dos membros inferiores, pois esta posição mantém a articulação coxo-femural estável e segura;
- Estimular exercícios de dorsiflexão, activando assim a circulação para evitar tromboflebitis;
- Reforçar a orientação quanto ao grau de flexão da anca sob o risco de causar luxação:
  - Evitar a flexão da anca para além de 60°, durante cerca de 10 dias;
  - Evitar a flexão da anca para além de 90°, desde o 10° dia até dois meses;

- Encaminhar o utente ao banho de chuveiro utilizando cadeira própria para a prótese total da anca, pois pode apresentar lipotímia (tanto pela perda de sangue como por ter permanecido acamado);
- Proporcionar uma cadeira com assentos firmes, não reclináveis e com braços. Elevar que a superfície do assento tenha almofada de espuma, para manter o ângulo da anca dentro dos limites prescritos quando o utente está sentado;
- Estimular a mobilização activa no leito e também a inspiração profunda, tosse, expectoração, mobilizando assim as secreções pulmonares. A ingestão hídrica, por outro lado, irá fluidificar as secreções pulmonares, facilitando a expectoração e evitando a acumulação destas;
- Verificar o pulso pedioso em intervalos regulares, perfusão periférica, sensibilidade, coloração, temperatura, edema e dor no membro operado, certificando-se de que não há lesão nervosa ou flebite;
- Observar a incisão cirúrgica que geralmente está exposta a partir do segundo dia pós-operatório, excepto se houver presença de exsudado local. Estar atento ao aumento de temperatura acompanhado de calor, rubor, edema, ou formação de exsudado incisional, pois poderá estar a instalar-se uma infecção;
- Estimular a ingestão hídrica pois, devido à imobilidade no leito, a fixação do cálcio no osso é deficiente, levando à formação de cristais de oxalato de cálcio, que poderão facilitar a formação de cálculos renais ou até infecção urinária;
- Providenciar junto à nutricionista a dieta adequada, já que a imobilidade no leito diminui o peristaltismo, levando à obstipação intestinal.

#### 2.7.3.1 - Posicionamentos no pós-operatório

- Intervenção Cirúrgica antero-lateral: o doente deverá ficar com o membro em abdução e rotação neutra, que é conseguida com dois sacos de areia no pé.
- Intervenção Cirúrgica anterior: o doente deverá ficar com o membro em ligeira abdução e rotação interna para aproximar o colo do fémur à parte posterior do acetábulo e cápsula, prevenindo a luxação.
- Intervenção Cirúrgica posterior: o doente deverá ficar com o membro em ligeira abdução e rotação externa para ficar em contacto com o colo do fémur à parte anterior do acetábulo e cápsula.

## 2.8 – ENSINO PARA A ALTA

À medida que os dias vão passando, consoante indicação médica, o utente vai progressivamente poder começar a executar algumas actividades tais como levantar-se, andar com apoio e sentar-se.

O utente deverá seguir algumas regras no primeiro mês depois da cirurgia.

### 2.8.1 - Posições de sono e repouso

– Permitido:

- Deitar-se de costas com uma almofada entre os joelhos
- Deitar-se para o lado não operado com duas almofadas entre os joelhos

– Proibido:

- Deitar-se sobre o lado operado

### 2.8.2 - O sentar

– Permitido:

- Sentar-se numa cadeira alta com apoio de braços, joelhos e pés ligeiramente afastados, por um período não superior a 30m
- Sentar-se com os pés apoiados num banco mais baixo
- Levantar-se periodicamente para dar alguns passos

– Proibido:

- Cruzar as pernas
- Sentar-se em cadeiras baixas

### 2.8.3 - Movimentos, exercícios e marcha

– Permitido:

- Fazer em casa os exercícios de recuperação ensinados
- Andar sempre com a ajuda de bengala ou canadianas diariamente e, se possível, em piso plano e ao ar livre
- Ao subir escadas começar com o membro não operado, depois o operado, e finalmente a bengala ou canadianas
- Ao descer escadas começar com a bengala ou canadianas, o membro operado e finalmente o não operado

·

– Proibido:

- Fazer flexão da anca além dos 90°, para se sentar ou apanhar objectos do chão
- Forçar a rotação do membro operado para fora ou para dentro
- Ter dores por excesso de marcha

#### **2.8.4 - Actividades de vida diária**

– Permitido:

- Tomar duche
- Retomar progressivamente as actividades alternando períodos sentados e de pé
- Entrar para o automóvel, sentando-se primeiro no banco e rodando posteriormente as pernas
- Sair do automóvel colocando primeiro as pernas para fora

– Proibido:

- Tomar banho de imersão
- Cruzar as pernas
- Apanhar objectos do chão
- Carregar sacos pesados
- Andar sem bengala
- Passar a ferro durante muito tempo
- Conduzir automóvel
- Andar em transportes públicos em hora de ponta

#### **2.8.5 - Ir ao médico**

- Consultas de rotina
- Dor mais intensa e persistente
- Inchaço (edema) no membro operado
- Alteração da temperatura corporal
- Alteração do aspecto da cicatriz operatória

### **3 – NOTA FINAL**

O aumento da longevidade traz como consequências uma maior percentagem de pessoas idosas com problemas de saúde múltiplos como sendo a osteoartrose. A cirurgia ortopédica tem conhecido avanços espectaculares ao longo das últimas duas décadas do Século XX, podendo contribuir de forma decisiva para a melhoria da qualidade de vida destes utentes no alívio da dor e no restabelecimento da qualidade do movimento da coxa de forma a poder retomar as actividades de vida diária afectadas.

Mas, cabe ressaltar que a substituição da anca doente por uma prótese não faz o utente voltar às condições idênticas às normais. Ao contrário da anca normal, a artroplastia total da anca, apesar de ser um procedimento realizado com muita frequência, ainda significa uma cirurgia de grande complexidade. O utente deve estar ciente que a nova prótese irá também apresentar limites durante as mobilizações que, se forem respeitados, fará com que a mesma resulte por muitos e muitos anos.

Neste sentido, reveste-se de extrema importância a Educação para a Saúde ao utente/ familiar/ pessoa de referência, no âmbito da prevenção secundária e terciária, no período que antecede a cirurgia. O objectivo é potenciar, no pós-operatório imediato e tardio, a independência do utente na marcha restabelecendo a força muscular do membro operado prevenindo quedas e outras complicações, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e a obtenção de ganhos em saúde.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, Fernando; PEREIRA, Sónia; MARTINS, Rosa – **Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Artroplastia da Anca**. Revista Servir N° 5, Volume 51, 2003. ISSN 08712370

MANUILA, L; et al – **Dicionário Médico**. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 9727960146

MEEKER, Margaret; ROTHROCK, Jane C – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. ISBN 852770403X

MOURAD, Leona A. – **Ortopedia**. Madrid: Mosby, 1994. ISBN 0801634385

PHIPPS, Wilma J; et al – **Enfermagem medico-cirurgica: conceitos e prática clínica**. 2ª Edição, volume II, Tomo II. Lisboa: Lusodidacta, 1999. ISBN 9729661006

SEELEY, Rod R; et al. – **Anatomia & fisiologia**. 3ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1997. ISBN 9729661057

SERRA, Luís M. Alvim – **Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia**. 2ª Edição. Lisboa: Lidel, 2001. ISBN 9727571026

ANEXO XXI

Plano da Sessão de Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a ATA

## PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Artroplastia Total da Anca.

**Grupo a que se destina:** Utentes da Consulta Externa de Ortopedia do Hospital de Curry Cabral, com proposta para Artroplastia Total da Anca e com maior antiguidade na lista de espera dentro do tempo máximo de resposta garantido, e utentes com proposta para Revisão de Substituição da Anca.

**Local:** Anfiteatro de Fisiatria.

**Data e hora:** 21 de Janeiro de 2011 das 14.00h às 16.00h.

### Objectivos:

- Promover a Educação para a Saúde a utentes com proposta para Artroplastia Total da Anca e a utentes com proposta para Revisão de Substituição da Anca;
- Satisfazer as necessidades de informação e ensino destes utentes/ famílias/ pessoas de referência, otimizando as suas capacidades como parceiros na continuidade de cuidados;
- Prevenir complicações no pós-operatório;
- Potenciar a autonomia na satisfação das necessidades humanas básicas do utente submetido a ATA após a alta clínica hospitalar;
- Proporcionar melhor qualidade de vida em relação à que auferia na fase antecedente à ATA.

**Dinamizadora:** Fátima Cruz – Mestranda em enfermagem na área de Especialização Enfermagem de Saúde Comunitária, a estagiar na Consulta Externa do Hospital de Curry Cabral.

**Orientadora:** Isabel Chambel – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Enfermeira responsável da Consulta Externa do Hospital de Curry Cabral.

**Apoios/ Parcerias:** Bloco Operatório, Serviço de cirurgia A.

Conteúdos	Método/ Técnica	Meios Aux. Ensino	Tempo	Prelector
<b>Introdução</b> – Apresentação do tema e sua importância – Apresentação dos prelectores	Expositivo	Data Show	5 Minutos	Enf. <sup>a</sup> Fátima
<b>Desenvolvimento</b> – Coxartrose · Causas · Queixas · Tratamento  * ATA ◦ O que é ◦ Objectivos ◦ Tipo de Próteses ◦ Métodos de artroplastia ◦ Vias de abordagem cirúrgica ◦ Complicações da ATA	Expositivo Demonstrativo Interactivo	Data Show	5 Minutos	Enf. <sup>a</sup> Fátima
	Expositivo Demonstrativo Interactivo	Data Show PTA	12 Minutos	Dr. Nuno Diogo (Otopedista)

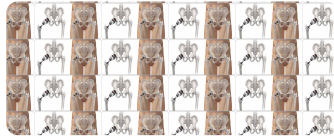
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento do utente no HCC <ul style="list-style-type: none"> <li>· Circuito desde a proposta cirúrgica até à admissão no serviço de internamento <ul style="list-style-type: none"> <li>* Proposta cirúrgica</li> <li>* Proposta anestésica</li> <li>* Convocatória cirúrgica</li> <li>* Dia de internamento</li> <li>* Pertences que podem acompanhar o utente</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Expositivo Participativo Interrogativo</p>	<p>Data Show</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>Enf.<sup>a</sup> Lígia (Consulta externa de ortopedia)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>· No período pré-operatório <ul style="list-style-type: none"> <li>* Objectivos <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Acolhimento ao serviço <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No dia do internamento</li> </ul> </li> <li>◦ Ensinos sobre pré-operatório <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No dia do internamento</li> <li>✓ No dia da cirurgia</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Expositivo</p>	<p>Data Show</p>	<p>12 Minutos</p>	<p>Enf.<sup>a</sup> Joana (Serviço de Internamento ortopedia A)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· No período intra-operatório <ul style="list-style-type: none"> <li>* Visita pré-operatória</li> <li>* Acolhimento no BO</li> <li>* Sala de operações <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Monitorização hemodinâmica</li> <li>◦ Punção venosa</li> <li>◦ Técnica anestésica</li> <li>◦ Algáliação</li> <li>◦ Posicionamento</li> </ul> </li> <li>* Recobro pós-operatório</li> <li>* Visita pós-operatória</li> </ul> </li> </ul>	<p>Expositivo</p>	<p>Data Show</p>	<p>12 Minutos</p>	<p>Enf.<sup>o</sup> Marco (Bloco operatório)</p>
<p><b>INTERVALO 10 MINUTOS (Lanche)</b></p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>· No período pós-operatório <ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuidados de enfermagem à chegada do recobro</li> <li>* Alimentação</li> <li>* Levante</li> <li>* Dreno</li> <li>* Penso</li> <li>* Dib</li> <li>* Algália</li> <li>* Soroterapia</li> <li>* Heparina de baixo peso</li> <li>* Fisioterapia</li> <li>* Duração do internamento</li> </ul> </li> </ul>	<p>Expositivo Interactivo</p>	<p>Data Show DIB Dreno RW</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>Enf.<sup>a</sup> Cristina (Consulta externa de ortopedia)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Na Consulta Externa de Ortopedia</li> </ul>	<p>Expositivo Interactivo</p>	<p>Data Show</p>	<p>10 Minutos</p>	<p>Enf.<sup>a</sup> Cláudia</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>* Apresentação da Consulta Externa de Ortopedia</li> <li>* Prestação de cuidados de enfermagem</li> <li>* Cuidados a ter com a sutura/ penso</li> <li>* Factores favoráveis à cicatrização</li> <li>* Disponibilidade dos profissionais em caso de dúvidas</li> </ul>				(Consulta externa de Ortopedia)
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ensino para a alta</li> <li>* Actividades de vida diária <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Sentar</li> <li>◦ Marcha</li> <li>◦ Subir e descer escadas</li> <li>◦ Posição de deitado</li> <li>◦ Actividade desportiva</li> <li>◦ Actividade sexual</li> <li>◦ Prevenção de quedas</li> </ul> </li> </ul>	Expositivo Demonstrativo Interactivo	Data Show Canadianas Andarilho Cadeira de rodas Alteador de sanita	12 Minutos	Enf. <sup>a</sup> Ana (Serviço de internamento ortopedia A)
<p><b>Conclusão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Breve síntese de sessão</li> <li>– Esclarecimento de dúvidas</li> <li>– Fornecimento de folhetos</li> <li>– Visita ao Serviço de Ortopedia A</li> </ul>	Exposição dialogada	Data Show	10 Minutos	Todos
<p><b>Avaliação de conteúdo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Teste formativo</li> <li>– Correção do teste</li> </ul>	Perguntas escritas no teste	Teste formativo formato A4	5 Minutos	Enf. <sup>a</sup> Fátima

ANEXO XXII

Diapositivos de apresentação da Sessão de Educação para a Saúde

## ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA



Lisboa, 21 de Janeiro de 2011  
Enfermeira Fátima Cruz

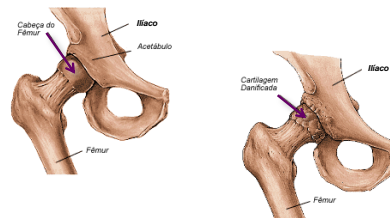
## CONSTITUIÇÃO DA ANCA



## COXARTROSE

- ❑ Alteração destrutiva da cartilagem articular, de natureza degenerativa;
- ❑ Deve-se ao desgaste das superfícies articulares;
- ❑ Forma-se uma saliência óssea que pode afectar a mobilidade articular à medida que aumenta de tamanho;
- ❑ O seu aparecimento é quase inevitável como um processo natural do envelhecimento do organismo.

## COXARTROSE



## CAUSAS

- ❑ Idade;
- ❑ Uso e desgaste excessivo da articulação;
- ❑ Excesso de peso;
- ❑ Traumatismos;
- ❑ Doenças que lesionam as superfícies articulares, acelerando o processo de desgaste.

## QUEIXAS

1. Dor na região inguinal e no joelho que aumenta com o andar e diminui ou desaparece com o repouso;
2. Rigidez articular manifestada por exemplo ao atar os sapatos ou cortar as unhas dos pés;
3. A dor e a rigidez tendem a agravar-se progressivamente de mês para mês e de ano para ano até provocar uma dor intensa e incapacidade para andar;
4. Alteração no alinhamento do membro afectado.

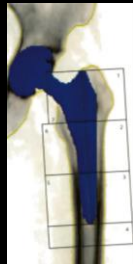


## TRATAMENTO

1. Repouso "relativo" como alterar a actividade/ ocupação de modo a diminuir a função exigida pela bacia;
2. Medicação para a dor especialmente quando esta perturba o sono;
3. Fisioterapia com aplicação de calor local e exercícios para fortalecer os músculos e preservar a mobilidade;
4. Injecção intra-articular de medicamentos anti-inflamatórios, com ou sem medicamento para a dor;
5. Artroplastia que é uma intervenção cirúrgica que substitui a articulação natural por uma articulação artificial.

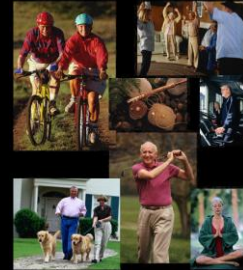
# OBRIGADA

## Artroplastia Da Anca

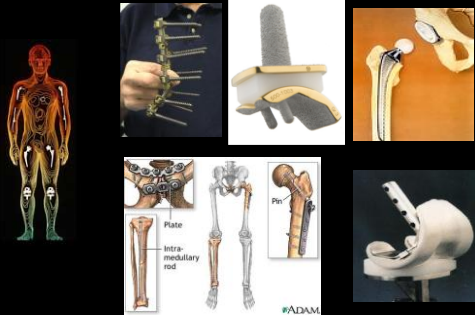


Nuno Diogo

## Ortopedia e Ap. Musculo Esquelético



## Biomateriais



## Coxartrose



## Artroplastias

## Biomateriais Ortopedia-Aplicações

Total Joint Replacement Trending 1996-2030						
Year	THA	THA-R	TKA	TKA-R	TSA	TSA-R
<b>First one</b>	1960		1950's		1953	
1993	125000	10000	179000	?????	10900	654
1996	138000	11040	245000	?????	14900	894
1997	144000	11520	259000	?????	15700	942
1998	160000	12800	266000	?????	16100	966
1999	168000	13440	267000	?????	16200	972
2000	152000	12160	299000	?????	16200	1092
2001	165000	13200	326000	17000	19800	1188
2002	193000	15440	381000	38000	23100	1386
2003	220000	17600	418000	39000	25300	1518
2004	234000	18720	478000	?????	28900	1734
2005	235000	18800	534000	46000	?????	0
2030	572000	174% increase from 2005	3,500,000	309580	?????	0
		8%		6-10%		0%



## Biomateriais Ortopedia Anca

## Coxartrose

### Metais

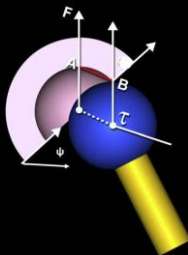
- Aço inoxidável
- Liga de Titânio
- Liga de Cromo cobalto

### Polímeros

- Metilmetacrilato
- Poliétileno Ultra Alta Densidade

### Cerâmicas

- Alumina
- Zircônia
- Hidroxiapatite



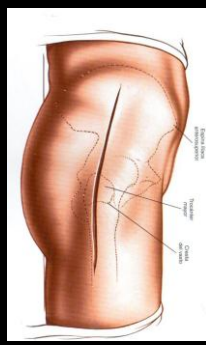
Rx da Bacia - Normal



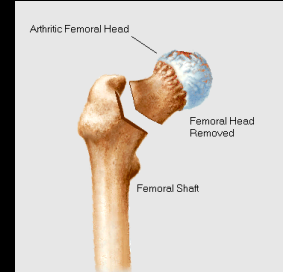
Rx da Bacia Com Coxartrose



Vias de Abordagem



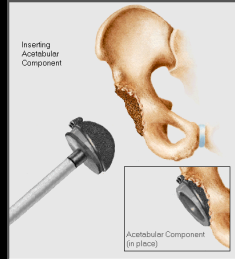
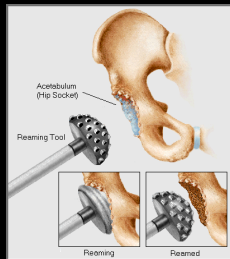
Técnica : Artroplastia Total da Anca



Técnica : Artroplastia Total da Anca

Fresagem Acetabular

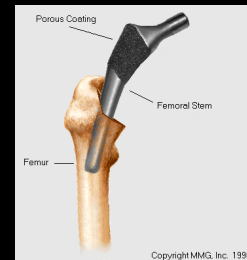
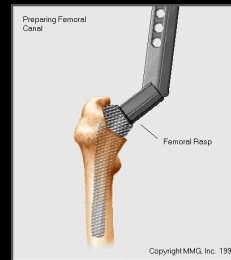
Inserção do componente Acetabular



Técnica : Artroplastia Total da Anca

Fresagem do componente Femoral

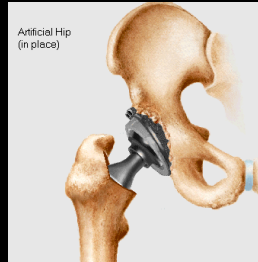
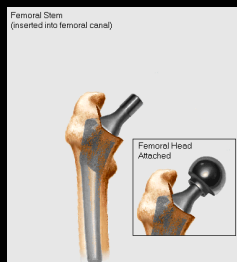
Inserção do componente Femoral



Técnica : Artroplastia Total da Anca

Impactação da cabeça Femoral

Implante Final



Resurfacing da Anca



**Cada modelo possui a sua gama completa**



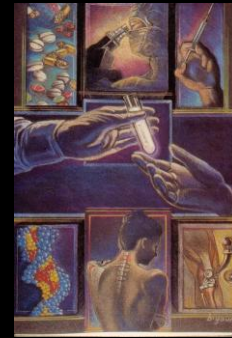
Protese Charnley-Kerboull



Protese « Corail » Grupo ARTRO (Depuy)



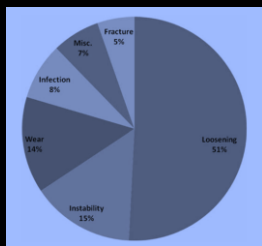
Protese « Omnifit » (Osteonics)



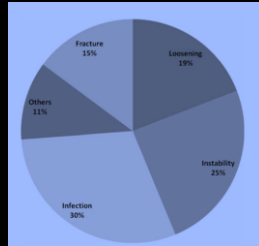
**Motivos Revisão e Falha**

**Desgaste Rápido**

**Causas de 1ª Revisão**



**Falhas nas Revisões**



Mais em homens  
 Mais em jovens  
 Desgaste de 3º corpo  
 Maior em polietileno esterilizados em oxido etileno  
 Associado a cabeças de maior diâmetro



**Fragilidade**

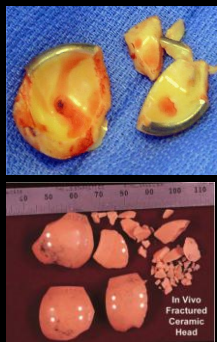
**Problema Resolvido ?**

Muito dependente do processo de fabrico

Carece de baixa granularidade, elevada pureza, baixa porosidade, elevada densidade, bom controlo de qualidade

Ausência de zonas livres que aumentam os stress degradando as qualidades resistência

Fracturas actualmente estimado 1/2000 em 10 anos



Nation wide Impatient Sample (analise de 1000 hospitais sobre revisões de ATA)

- 10% Osteolise
- 40% Descelamento
- 18% Loosening
- 6% Fract periprotésica
- 11% Falha implante
- 8% Problemas Mec



**Situação Actual**

**Resultados**

60 proteses, 19 companhias

Custos - 600 a to 3000 euros

Procedimentos - 1,200 to 8000 euro

Registos Artroplásticos Nacionais



Todos os Implantes evidenciam algum desgaste e Consequentemente osteolise ao fim de algum tempo



## Resultados



 Hospital Curry Cabral  
Consulta Externa de Ortopedia

### CIRCUITO DESDE A PROPOSTA CIRÚRGICA ATÉ À ADMISSÃO AO SERVIÇO DE INTERNAMENTO

21-01-2011

Enfª Ligia Jesus

### PROPOSTA CIRÚRGICA

- Requisição para análises clínicas;
- Requisição para electrocardiograma;
- Requisição para RX de tórax;
- Marcação de consulta de anestesia;
- Início do processo clínico.



21-01-2011

Enfª Ligia Jesus

### CONSULTA DE ANESTESIA

- História clínica;
- Exame objectivo ;
- Observação de exames.



Determinação da necessidade de novos exames complementares de diagnóstico e indicações sobre cuidados preventivos.

21-01-2011

Enfª Ligia Jesus

### CONVOCATÓRIA CIRÚRGICA

- Depende de lista de espera;
- Depende da disponibilidade do material;
- Depende da disponibilidade de camas vagas no serviço.



21-01-2011

Enfª Ligia Jesus

### PROCESSO DE INTERNAMENTO

- Consulta pré anestésica (Unidade Cirúrgica Ambulatória - UCA).
  - Início do processo de internamento;
  - Prescrição de terapêutica.

21-01-2011

Enfª Ligia Jesus

### PROCESSO DE INTERNAMENTO

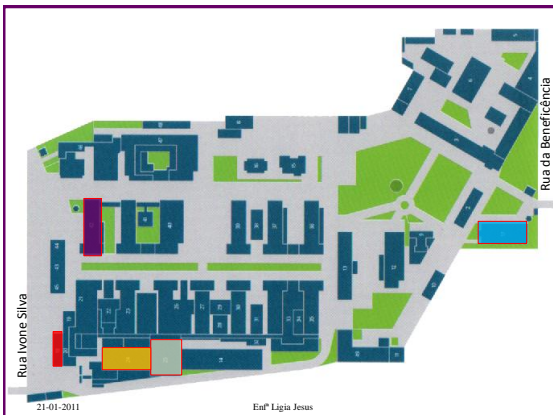
- Internamento no serviço de ortopedia.
  - Secretária de unidade para completar processo administrativo;
  - Acolhimento por enfermeiro serviço.



21-01-2011

Enfª Ligia Jesus

40



### PERTENCES QUE DEVEM ACOMPANHAR O UTENTE

- Cartão de utente, cartão da consulta;
- Resultados de análises e exames complementares de diagnóstico;
- Lista dos medicamentos que esteja tomar;
- Canadianas.



21-01-2011

Ena Ligia Jesus

### PERTENCES QUE PODEM ACOMPANHAR O UTENTE

- Objectos de higiene pessoal;
- Roupa e chinelos de quarto;
- Próteses;
- Meios de passatempos preferidos;
- Telemóvel.



#### ✓ Objectos pessoais

O Hospital não se responsabiliza pelos bens e valores que não forem confiados à sua guarda.

21-01-2011

Ena Ligia Jesus

### NÃO SE ESQUEÇA QUE NÃO DEVE TRAZER

- Objectos de valor;
- Alimentos;
- Bebidas alcoólicas;
- Verniz nas unhas.



21-01-2011

Ena Ligia Jesus

### Cuidados de Enfermagem:



Pré - Operatório

21 de Janeiro de 2011



### Objectivos:

- ❖ Preparar física e psicologicamente o utente para a cirurgia;
- ❖ Minimizar o medo e controlar a ansiedade;
- ❖ Informar o utente acerca do internamento e da cirurgia.



### Informação:

Aconselha-se o utente a trazer para o internamento:

- ❖ Medicamentos que toma em casa;
- ❖ Pijama e roupão;
- ❖ Calçado confortável (sapatos/ chinelos antiderrapantes);



- ❖ Produtos de higiene pessoal/ beleza;
- ❖ Canadianas;
- ❖ Garrafas de água.





No dia do internamento deve ser acompanhado(a) por um familiar/cuidador informal.

### Nota:

- ❖ O familiar/ cuidador informal deverá deixar com a equipa de enfermagem o contacto telefónico, que será usado em caso de necessidade.

Chegado ao Serviço de Ortopedia será efectuado pela equipa de profissionais:

1. Acolhimento do utente no serviço;
2. Ensinos do Pré-operatório.

### 1. Acolhimento do Utente:

- ❖ Apresentar o serviço;
- ❖ Encaminhar o utente até à respectiva enfermaria e cama;
- ❖ Indicar a localização do WC/ chuveiro;
- ❖ Indicar a localização do refeitório;

- ❖ Recolha da informação acerca da história clínica do utente;
- ❖ Informar o cuidador informal do número de telefone do hospital, assim como do horário de visitas.

### 2. Ensinos sobre Pré-Operatório

Inicialmente será colhido sangue para hemograma/ tipagem.



O pré-operatório passa por duas fases:

- O dia do internamento;
- O dia da cirurgia.

### No 1º dia de Internamento:

- ❖ Incentivar o utente a ingerir o jantar;
- ❖ Cerca das 21h será fornecida a ceia (chá ou leite);
- ❖ Administrar medicação prescrita pela Anestesista (pré-medicação);

- ❖ Manter o jejum a partir das **24h**;
- ❖ Realizar Tricotomia, se necessário;
- ❖ Proceder à preparação intestinal, caso o utente solicite.



- ❖ Administrar a pré-medicação, que deve ser deglutida com pouca água;  
*NOTA: Só deverá tomar a medicação que o enfermeiro indicar*
- ❖ Deve tomar banho com loção hipoalergénica existente no hospital;
- ❖ Não aplicar creme corporal;

## No dia da Cirurgia:

- ❖ Certificar se o utente mantém jejum;
- ❖ Avaliar a Tensão Arterial e a glicémia capilar;
- ❖ Por vezes o utente diabético tem indicação médica para colocar soro em curso antes de descer para o bloco operatório;



**Prevenir complicações circulatorias**

**Calçar a meia elástica na perna que não vai ser operada**

A equipa de enfermagem pretende dissipar todos os medos e controlar a ansiedade do utente, mantendo a sua integridade como um todo.

Qualquer dúvida que tenha pode contar com esta equipa para o ajudar.



## Não pode levar para o bloco:

- ❖ Soutien;
- ❖ Cuecas/ boxers;
- ❖ Outras meias além das fornecidas;
- ❖ Objectos pessoais (relógio, brincos, anéis);
- ❖ Maquilhagem;
- ❖ Verniz nas unhas ou unhas artificiais;
- ❖ Óculos/ lentes de contacto;
- ❖ Próteses (dentária, ocular, entre outras).



**Manter Assépsia**

**Vestir a bata com abertura para as costas**

**Obrigada**

Enf.ª Joana Rocha



## Artroplastia total da anca

### Cuidados de enfermagem no período perioperatório

Enfermeiro Marco Louro

21\_Janeiro\_2011

### VISITA PRÉ-OPERATÓRIA



- Antecedentes/ medicação/ alergias
- Jejum
- Próteses/ adornos
- Verniz unhas
- Meias elásticas
- Pré-medicação
- Tipo de anestesia
- Cirurgia

Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011

### ACOLHIMENTO NO BLOCO OPERATÓRIO



Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011

### ACOLHIMENTO NO BLOCO OPERATÓRIO



Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011

### ACOLHIMENTO NO BLOCO OPERATÓRIO



Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011

### SALA DE OPERAÇÕES



Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011

### ANESTESIA

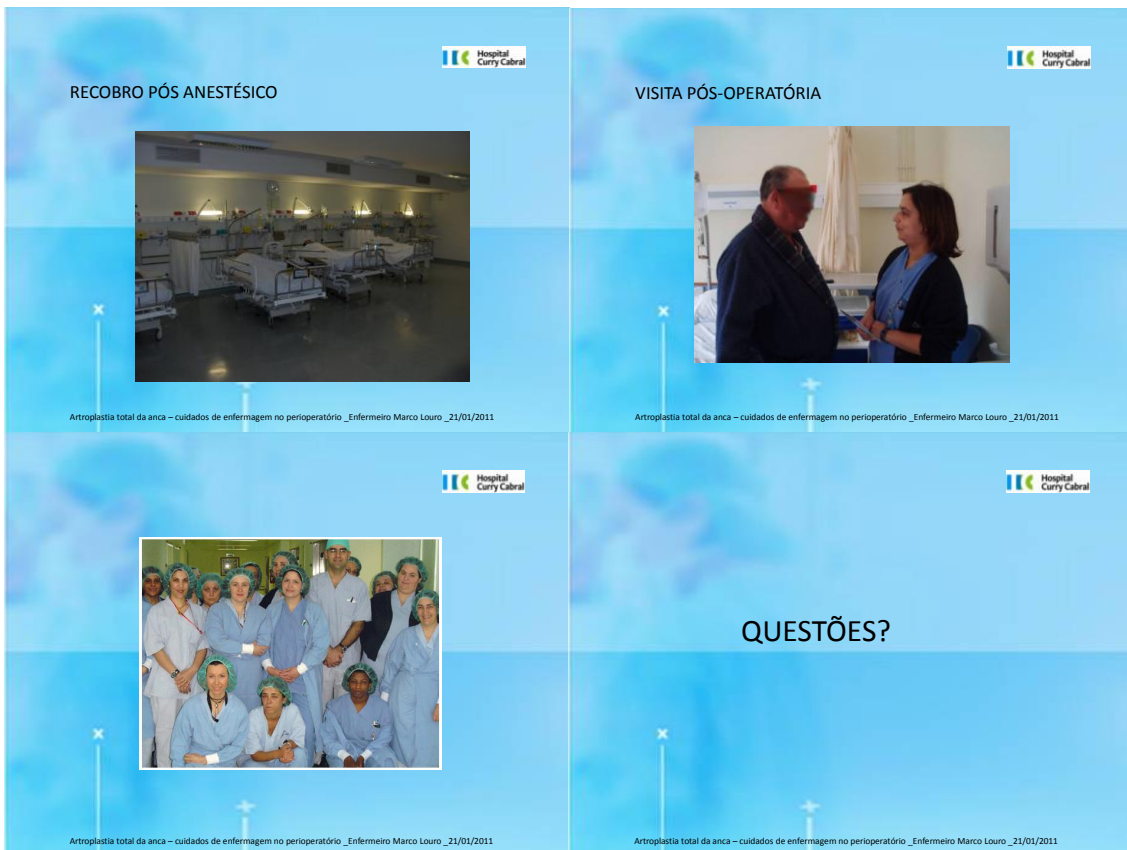


Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011

### CIRURGIA



Artroplastia total da anca – cuidados de enfermagem no perioperatório \_Enfermeiro Marco Louro\_ 21/01/2011



Hospital Curry Cabral  
Consulta Externa de Ortopedia

# PÓS-OPERATÓRIO

Lisboa, 21 de Janeiro de 2011  
Enfermeira Cristina Torgal

## PÓS - OPERATÓRIO

Inicia-se com a transferência do  
utente do recobro para a  
enfermaria

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CHEGADA DO RECOBRO

**Vigilância de:**

- ❖ Sinais Vitais
- ❖ Dor
- ❖ Penso
- ❖ Dreno
- ❖ Algália
- ❖ Soros

### ALIMENTAÇÃO

- Bloqueio subaracnoideo**
  - ❖ Após cirurgia pode comer uma refeição leve (bolachas e leite ou chá)
  - ❖ No dia seguinte pode fazer as refeições habituais
- Anestesia geral**
  - ❖ No dia da cirurgia não pode comer
  - ❖ No dia seguinte inicia dieta líquida
  - ❖ A partir daí pode fazer as refeições habituais

## LEVANTE

É feito 48 horas após cirurgia com ajuda

## O DRENO

É retirado geralmente no dia que se faz o levante



## O PENSO

- Nas primeiras 24 horas apenas é reforçado, se necessário
- Volta a fazer-se no dia do levante com a observação do ortopedista
- Faz-se também no dia da alta e na consulta Externa de Ortopedia mediante indicação médica

## O DIB

- Pode ser Epidural ou Endovenoso
- Controla a dor
- É repleenrido pela Anestesista
- É retirado após 48 horas
- Após retirar Dib a dor é controlada por outra medicação

## A ALGÁLIA

- Vem algaliado do bloco
- Se tiver Dib Epidural é desalgaliado após retirar este
- Se tiver Dib Endovenoso é desalgaliado no dia do levante



## SOROTERAPIA

Mantém perfusão de soros até iniciar dieta a fim de restabelecer o equilíbrio hemodinâmico



## HEPARINA

- Previne embolias e trombozes
- Geralmente administra-se na barriga
- Inicia 12 horas após retirar Dib Epidural
- Se tiver Dib Endovenoso inicia no dia a seguir à cirurgia
- O tratamento com heparina mantém-se após a alta por cerca de 15 dias



## FISIOTERAPIA

É iniciada no dia do levante



## DURAÇÃO DO INTERNAMENTO

Geralmente tem a duração de uma semana

## MUITO OBRIGADA

 Hospital Curry Cabral  
Consulta Externa de Ortopedia

## CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEdia

Lisboa, 21 de Janeiro de 2011  
Enfermeira Cláudia Isabel

### Apresentação da Consulta de Ortopedia Edifício



### Apresentação da Consulta de Ortopedia

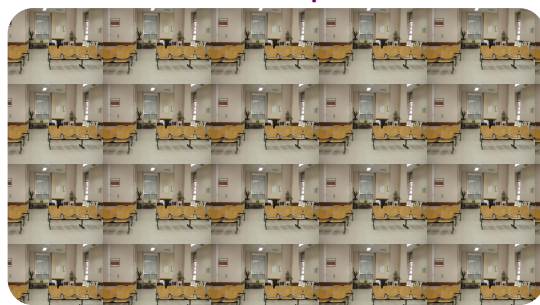
□ A Consulta de Ortopedia é composta por:

- ❖ Equipa de vinte e três médicos
- ❖ Equipa de quatro enfermeiras
- ❖ Equipa de duas assistentes operacionais
- ❖ Equipa de cinco administrativas

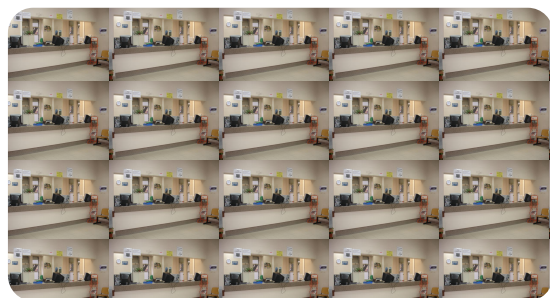
### Apresentação da Consulta de Ortopedia Tirar senha



### Apresentação da Consulta de Ortopedia Sala de espera



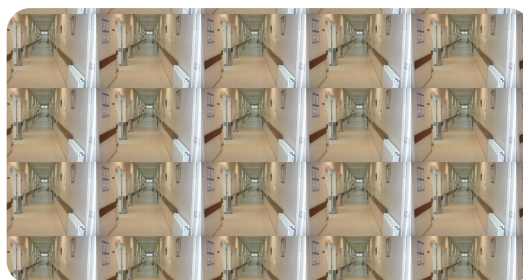
### Apresentação da Consulta de Ortopedia Recepção



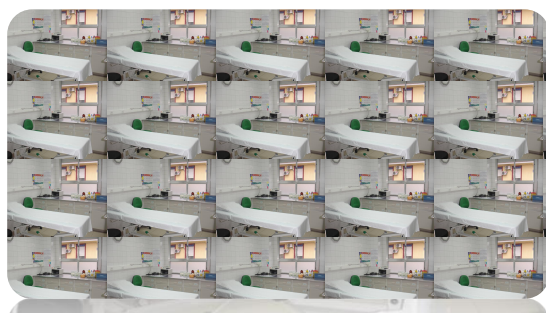
**Entregar folha de transferência para a Consulta de Ortopedia na recepção**

Form titled "Cuidados em Ambulatório" with fields for patient information (Nome, Nº Exames, Data de Nascimento) and a table for medical notes (Data, Descrição, Responsável).

**Apresentação da Consulta de Ortopedia Corredor**



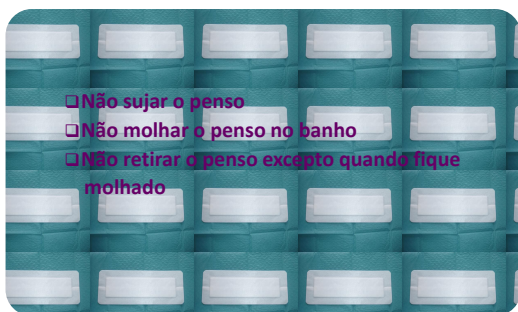
**Apresentação da Consulta de Ortopedia Sala de enfermagem**



**Prestação de Cuidados de Enfermagem**

- A equipa de enfermagem presta cuidados na:
  - ❖ Realização do penso
  - ❖ Esclarecimento de dúvidas ao utente/ família

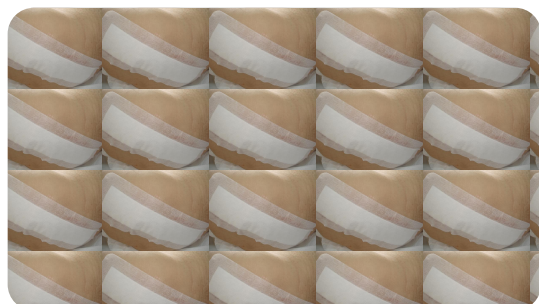
**Cuidados a ter com o Penso/ Sutura**



**Prestação de Cuidados de Enfermagem Após cirurgia de artroplastia da anca**



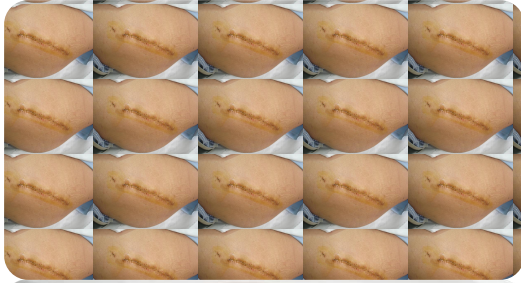
**Prestação de Cuidados de Enfermagem**



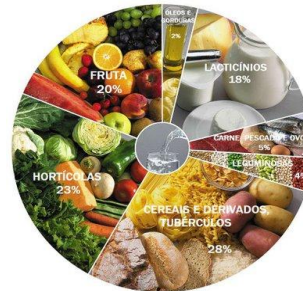
**Entregar folha de registo da realização do penso na recepção para marcação da próxima consulta**

Form titled "CONSULTA ORTOPEDIA Registro de Procedimentos" with fields for patient information (Nome, Nº Exames, Data de Nascimento) and a table for procedure registration (Data, Descrição, Responsável).

**Prestação de Cuidados de Enfermagem  
Após 15 dias da cirurgia Artroplastia da Anca  
Alta de enfermagem**



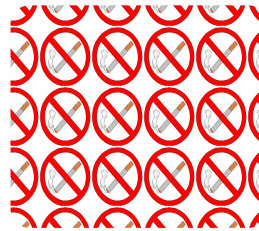
**Factores favoráveis à cicatrização  
Alimentação**



**Factores favoráveis à cicatrização  
Líquidos**



**Factores favoráveis à cicatrização  
Não fumar**



**Factores favoráveis à cicatrização  
Não ingerir bebidas alcoólicas**



**Factores favoráveis à cicatrização  
Caminhar**



**Disponibilidade dos Profissionais de saúde**

Em caso de dúvida telefonar  
Consulta de Ortopedia:  
217924291

Horário:  
Das 8 horas às 18 horas

**Aspecto da cicatriz operatória  
Após 30 dias da Artroplastia Total da Anca**



# OBRIGADA

## Actividades de Vida Diária

- Preferencialmente usar polibano em vez de banheira com tábua/ cadeira de apoio
- Entrar para o automóvel, sentando-se 1º no banco e depois rodar as pernas para o interior do automóvel.
- Sair do automóvel colocando 1º as pernas de fora.



- Não deve:**
- Tomar banho de imersão!
  - Cruzar as pernas!
  - Apanhar objectos do chão!
  - Carregar sacos pesados!
  - Andar sem canadianas ou bengala!
  - Conduzir automóvel!

### PARA SE SENTAR

- Sentar-se numa cadeira de assento alto (para que a anca fique ao mesmo nível que os joelhos) com apoio de braços, mantendo os pés e joelhos ligeiramente afastados.
- Utilizar alceador de sanita.



**Não deve:**

- Sentar-se em cadeiras baixas/ sofás!
- Cruzar as pernas!
- Inclinar o tronco para a frente!
- Sentar-se com os pés elevados!



### Marcha:

- 1º Coloca andarilho/ canadianas
- 2º Coloca a perna operada
- 3º Coloca a perna sã

**Não deve!**

Fazer carga sem indicação médica!

Inclinar o tronco para a frente, para se sentar ou apanhar objectos!



Aumentam a base de apoio



### Para subir escadas:

- 1º Coloca no degrau de cima a perna sã
- 2º Coloca a perna operada
- 3º Coloca depois as canadianas

### Para descer escadas:

- 1º Coloca as canadianas no degrau de baixo
- 2º Coloca a perna operada
- 3º Coloca a perna sã



### PARA DORMIR

- Manter sempre os joelhos afastados com a ajuda de uma almofada pelo menos durante 3 meses, pois esta posição mantém a prótese estável e segura.
- Dormir de costas ou para o lado são com almofadas entre as pernas
- Para sair ou entrar na cama deve ser sempre pelo lado são não esquecendo a almofada entre os joelhos

**Não deve!**

- Dormir para o lado operado!
- Cruzar as pernas!



- As actividades de vida diária devem ser desempenhadas de modo independente com dispositivos de ajuda (canadianas, barras de apoio no chuveiro, calçadeiras de cabo longo elevação do assento da sanita...)
- **Actividade Desportiva:**  
Tênis e equitação - são actividades contra-indicadas, podendo praticar natação, ginástica selectiva e passeios a pé
- **Actividade sexual:**  
É permitida desde que se evitem os movimentos luxantes

**SIM!**



**NÃO!**



> PARA PREVENIR QUEDAS!

- > Os corredores da sua casa devem estar livres de obstáculos (móveis, cadeiras, vasos).
- > Evitar ter tapetes no chão da sua casa.
- > Evitar andar em chão húmido.
- > Ter uma boa iluminação em casa.
- > Os fios do telefone e de electrodomésticos devem estar presos à parede.
- > Preferencialmente usar sapatos sem atacadores, com sola anti-derrapante.

FIM



ANEXO XXIII

Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde

## Convocatória

A Consulta Externa do Hospital de Curry Cabral vem por este meio convocar vossa Exa. para a sua participação e do seu familiar/ pessoa de referência, na Sessão de Educação para a Saúde acerca da temática que envolve a:

➤ **Artroplastia Total da Anca (cirurgia a que vai ser submetido/ a),**

a realizar no dia 21 de Janeiro de 2011 no Pavilhão da Consulta Externa do Hospital de Curry Cabral, no período das 14.00 horas às 16.00 horas;

tendo em conta o estipulado no Plano Nacional de Saúde 2004/ 2010 no sentido de adoptar medidas que potenciem, na população portuguesa, a concretização do adequado tratamento e reabilitação do utente com necessidade de “Prótese Total da Anca”.

Sessão de Educação para a Saúde dinamizada por:

Fátima Cruz, enfermeira Mestranda em Enfermagem  
de Saúde Comunitária na Universidade Católica Portuguesa

ANEXO XXIV

Lista de Utentes Presentes na Sessão de Educação para a Saúde

LISTAGEM DE UTENTES POR ORDEM CRESCENTE DE IDADES PRESENTES NA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ACERCA DA TEMÁTICA QUE ENVOLVE A ATA

	<b>Nome</b>	<b>Data nascimento</b>	<b>Idade</b>	<b>Data inscrição</b>	<b>Tipo cirurgia</b>	
1	Felisberto Rodrigues Lopes	10.10.1958	52	21.01.2010	RSA	+
2	Carlos Almeida Teixeira	15.07.1954	56	02.09.2010	ATA	+
3	Maria Isabel Jesus Gouveia Pinto	10.02.1945	65	26.07.2010	ATA	+
4	Emília Manata Queiroz	24.09.1944	66	05.07.2010	ATA	/+
5	José António Mendes Antunes	21.10.1944	66	11.10.2010	ATA	+
6	Eleutério Francisco Ribeiro	05.11.1944	66	24.06.2010	ATA	+
7	Luís Cabral Silva	17.01.1944	67	06.10.2010	ATA	+
8	Álvaro Martins Pereira	08.09.1943	67	13.07.2010	ATA	/+
9	Aida Susana Ramalho Maurício	24.06.1942	68	27.07.2010	ATA	/+
10	Irene Conceição Silva Ferreira	30.09.1937	73	22.09.2010	ATA	+
11	Alfredo Cardoso	08.11.1936	74	05.07.2010	ATA	+
12	Luciana Rodrigues S. Cortinhal	16.03.1935	75	13.07.2010	ATA	+
13	M <sup>a</sup> Encarnação B. P. Campos	29.11.1928	82	07.06.2010	ATA	+
14	Emília Anunciação Isidro	01.03.1920	90	25.08.2010	ATA	+

Legenda:

ATA – Artroplastia Total da Anca

RSA – Revisão de Substituição da Anca

/ – Já foi operado

+ – Pode comparecer

ANEXO XXV

Guia de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

### Guião de avaliação da sessão de Educação para a Saúde – Artroplastia Total da Anca

<b>Questão</b> Presentes na sessão: 24	<b>Número de respostas certas</b>	<b>Número de respostas erradas</b>
Gostou de participar nesta Sessão de Educação para a Saúde?	24	0
Considera importante a realização destas Sessões de Educação para a Saúde?	24	0
O excesso de peso favorece o aparecimento de coxartrose?	23	1
A Prótese Total da Anca desgasta mais rápido em pessoas jovens ou em pessoas idosas?	24	0
Onde deve dirigir-se quando for convocado para realização de Artroplastia Total da Anca?	12	0
No dia anterior à operação, a partir de que horas deve ficar em jejum?	24	0
Quais os tipos de anestesia que podem ser utilizados na Artroplastia Total da Anca?	24	0
Após ser operado, quanto tempo depois pode iniciar o levante?	23	1
O que deve fazer no caso de acidentalmente molhar o penso?	24	0
A ingestão de bebidas alcoólicas favorece a cicatrização?	24	0
O utente com prótese total da anca pode sentar-se em sofás baixos?	24	0
O utente com prótese total da anca deve cruzar as pernas?	24	0

Dois participantes referiram: A sessão não se limitou a ser interessante mas também oportuna, pedagógica, formativa, foi uma conversa interactiva independentemente do fornecimento de folhetos “Sic”.

ANEXO XXVI  
Pedidos de Autorização

Exmo. Sr. Director da Consulta Externa de  
Ortopedia do Hospital de Curry Cabral

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, Enfermeira graduada Nível I a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos deste Hospital, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa.

Assumindo a “Educação para a Saúde” como um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de vida, pretendo implementar, em articulação com a equipa multidisciplinar do Serviço de Ortopedia, a realização de sessões periódicas de Educação para a Saúde a Grupos de utentes, com proposta para Artroplastia Total da Anca e utentes com proposta para Revisão de Substituição da Anca, e seus familiares/ pessoas de referência.

A Osteoartrose constitui a principal causa de altos índices de incapacidade, de reformas antecipadas, e de absentismo laboral. Devido a factores como o envelhecimento populacional, a obesidade e o sedentarismo, a frequência desta patologia tende a aumentar nos países industrializados. O resultado directo deste fenómeno repercute-se nos gastos com o elevado consumo em cuidados de saúde, em custos indirectos de dias de trabalho perdidos, e em qualidade de vida diminuída.

Estando ciente de que a “Qualidade dos Cuidados de Saúde” está na ordem do dia e que a qualidade dos serviços prestados está em relação directa com as expectativas dos utentes, estas sessões ganham maior sentido no período que antecede a cirurgia. Dando privilégio à importância que os cuidados de saúde primários assumem essencialmente no âmbito da prevenção secundária e terciária para uma população mais saudável, pretendo envolver, capacitar e responsabilizar esta população no processo de adaptação ao pós-operatório de “Artroplastia Total da Anca”.

Neste sentido, solicito a V. Ex.<sup>a</sup>, autorização para a convocatória dos utentes (com maior antiguidade na lista de espera dentro do tempo máximo de resposta garantido e com proposta para revisão de substituição da anca) e seus familiares/ pessoas de referência, para participarem numa Sessão de Educação para a Saúde que envolve a temática da “Artroplastia Total da Anca”, a realizar no dia 21 de Janeiro de 2011 das 14.00 horas às 16.00 horas.

Pede deferimento

---

Lisboa, 13 de Dezembro de 2010

Ao Conselho de Administração  
do Hospital de Curry Cabral

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, Enfermeira graduada Nível I a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Curry Cabral, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, e a realizar o Módulo III de estágio na Consulta Externa de Ortopedia deste Hospital sob orientação da senhora Enfermeira Isabel Chambel, responsável pela Consulta Externa.

Assumindo a “Educação para a Saúde” como um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de vida, pretendemos implementar, em articulação com a equipa multidisciplinar do Serviço de Ortopedia, a realização de sessões periódicas de Educação para a Saúde a Grupos de utentes, com proposta para Artroplastia Total da Anca e utentes com proposta para revisão da substituição da anca, e seus familiares/ pessoas de referência.

A Osteoartrose constitui a principal causa de altos índices de incapacidade, de reformas antecipadas, e de absentismo laboral. Devido a factores como o envelhecimento populacional, a obesidade e o sedentarismo, a frequência desta patologia tende a aumentar nos países industrializados. O resultado directo deste fenómeno repercute-se nos gastos com o elevado consumo em cuidados de saúde, em custos indirectos de dias de trabalho perdidos, e em qualidade de vida diminuída.

Estando cientes de que a “Qualidade dos Cuidados de Saúde” está na ordem do dia e que a qualidade dos serviços prestados está em relação directa com as expectativas dos utentes, estas sessões ganham maior sentido no período que antecede a cirurgia. Dando privilégio à importância que os cuidados de saúde primários assumem essencialmente no âmbito da prevenção secundária e terciária para uma população mais saudável, pretendemos envolver, capacitar e responsabilizar esta população no processo de adaptação ao pós-operatório de “Artroplastia Total da Anca”.

Neste sentido, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a realização de Sessão de Educação para a Saúde sobre a temática que envolve a “Artroplastia Total da Anca”, a utentes (com maior antiguidade na lista de espera dentro do tempo máximo de resposta garantido e com proposta para revisão de substituição da anca) e seus familiares/ pessoas de referência; que deverá decorrer no dia 21 de Janeiro de 2011 das 14.00 horas às 16.00 horas.

Pedem deferimento

---

---

Lisboa, 11 de Janeiro de 2011

Exma. Sra. Dra Eugénia Veiga

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, Enfermeira graduada Nível I a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Curry Cabral, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, e a realizar o módulo III de estágio na Consulta Externa de Ortopedia deste Hospital sob orientação da senhora Enfermeira Isabel Chambel, responsável pela Consulta Externa.

Assumindo a “Educação para a Saúde” como um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de vida, pretendemos implementar, em articulação com a equipa multidisciplinar do Serviço de Ortopedia, a realização de sessões periódicas de Educação para a Saúde a grupos de utentes, com proposta para Artroplastia Total da Anca e utentes com proposta para revisão da substituição da anca, e seus familiares/ pessoas de referência.

Neste sentido, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> autorização para a utilização da sala do Anfiteatro de Fisiatria para a realização de Sessão de Educação para a Saúde que deverá decorrer no dia 21 de Janeiro de 2011 das 14.00 horas às 16.00 horas.

Pedem deferimento

---

---

Lisboa, 11 de Janeiro de 2011

Exma. Sra. Coordenadora dietética

Dra. Eunice Simões

Maria de Fátima Fonseca da Cruz, Enfermeira graduada Nível I a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Curry Cabral, encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa, e a realizar o módulo III de estágio na Consulta Externa de Ortopedia deste Hospital sob orientação da senhora Enfermeira Isabel Chambel, responsável pela Consulta Externa.

Assumindo a “Educação para a Saúde” como um processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de vida, pretendemos implementar, em articulação com a equipa multidisciplinar do Serviço de Ortopedia, a realização de sessões periódicas de Educação para a Saúde a grupos de utentes, com proposta para Artroplastia Total da Anca e utentes com proposta para revisão da substituição da anca, e seus familiares/ pessoas de referência.

Neste sentido, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> o fornecimento de um lanche para os utentes que participam na Sessão de Educação para a Saúde que deverá decorrer no dia 21 de Janeiro de 2011 das 14.00 horas às 16.00 horas.

Pedem deferimento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lisboa, 18 de Janeiro de 2011

ANEXO XXVII  
Folheto Artroplastia Total da anca



Hospital Curry Cabral  
Consulta Externa de Ortopedia

# ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA



Lisboa, 21 de Janeiro de 2011



# ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

<b>O QUE É?</b> .....	357
<b>A PRÓTESE TOTAL DA ANCA PODE SER:</b> .....	357
<b>Não cimentada</b> .....	357
<b>Cimentada</b> .....	358
<b>Híbrida</b> .....	358
<b>CUIDADOS A TER COM A PRÓTESE TOTAL DA ANCA</b> .....	358
<b>Posição de deitado</b> .....	358
<b>Levantar-se da cama</b> .....	358
<b>Sentar e Levantar de uma cadeira</b> .....	359
Cadeira com Apoio de Braços .....	359
Cadeira sem Apoio de Braços.....	360
<b>Caminhar com canadianas</b> .....	361
<b>Subir e descer escadas</b> .....	361
<b>Apanhar objectos do chão</b> .....	362
<b>Cuidados a ter na Higiene Pessoal e Eliminação</b> .....	362
Preferencialmente devo tomar duche .....	362
Se tomar banho na banheira, devo ter os seguintes cuidados.....	362
Como devo vestir-me .....	363
Como devo sentar-me na sanita.....	364
<b>Posições recomendadas na actividade sexual</b> .....	364
<b>Entrar e sair do carro</b> .....	365
<b>Movimentos que não devo fazer</b> .....	365
<b>Recomendações adicionais</b> .....	366
<b>PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES QUE PODEM SURGIR</b> .....	367
<b>Luxação da prótese</b> .....	367
<b>Trombose venosa profunda</b> .....	367
<b>Infecção</b> .....	367
<b>Embolia gorda</b> .....	367
<b>DEVE RECORRER À CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA</b> .....	368
<b>OU AO SERVIÇO DE URGÊNCIA SE</b> .....	368
<b>Em caso de dúvida contactar</b> .....	369

## O QUE É?

Técnica cirúrgica que tem por objectivo recuperar as funções da articulação coxofemural, através do implante de uma prótese para substituir a cabeça do fémur e o acetábulo.



Costuma ser indicada nos casos de artroses dolorosas em grau avançado e de algumas fracturas do colo do fémur.

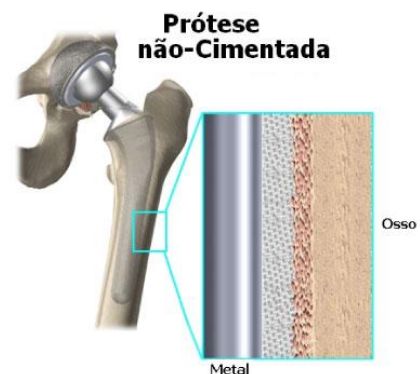
A Artroplastia Total da Anca favorece o alívio da dor e a diminuição da rigidez da anca, quando têm repercussão na qualidade de vida do utente.



## A PRÓTESE TOTAL DA ANCA PODE SER:

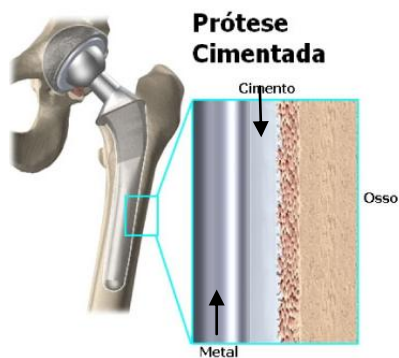
### Não cimentada

O componente acetabular é fixado ao acetábulo com parafusos. O componente femoral é encaixado na porção proximal do fémur sob pressão.



## Cimentada

Quando é usado polimetilmetacrilato (cimento acrílico) para fixar os componentes da prótese ao acetábulo e ao fémur.



## Híbrida

O componente femoral é cimentado, porém, o componente acetabular é aparafusado ao osso.

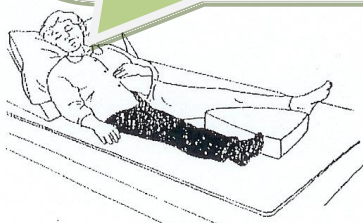


## CUIDADOS A TER COM A PRÓTESE TOTAL DA ANCA

### Posição de deitado

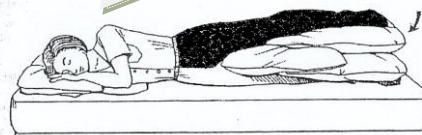
#### De costas

Devo deitar-me **de costas** com uma almofada entre os joelhos.



#### De lado

Devo deitar-me **para o lado não operado** com uma almofada entre os joelhos.



### Levantar-se da cama

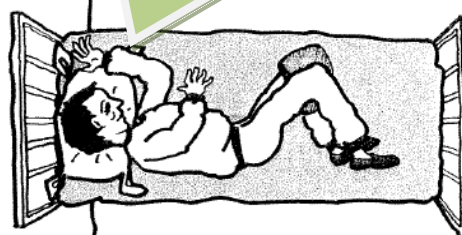
#### 1º Passo

Devo estar deitado, virado para cima, com os joelhos flectidos a 70°.



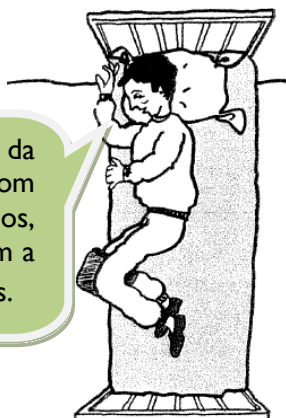
#### 2º Passo

Rodo em bloco para o lado oposto ao da prótese.



### 3º Passo

Aproximo-me da beira da cama, com os joelhos flectidos, permanecendo com a almofada entre eles.



### 4º Passo

Com o meu braço contrário ao lado da cirurgia, faço força na cama e coloco as pernas ao mesmo tempo para fora.



### 5º Passo

Permaneço sentado na beira da cama.



### 6º Passo

Com ajuda vou-me levantando da cama e apoio o peso sobre o membro não operado. Rodo de forma a ficar com as costas para a cadeira, recuo até sentir a cadeira a tocar nas pernas e sento-me devagar.

A anca não deve flectir mais que 90°, devendo sempre ficar mais alta que o joelho.



## Sentar e Levantar de uma cadeira

### Cadeira com Apoio de Braços

#### 1º Passo

Encontro-me virada de costas para a cadeira, ficando com a cadeira junto à parte de trás das pernas.



#### 2º Passo

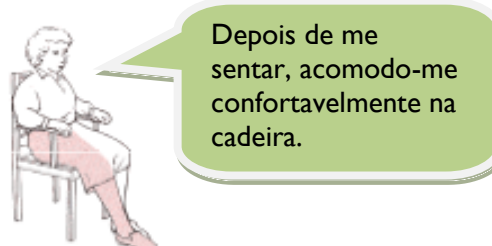
Apoio as mãos nos braços da cadeira. Estico a perna operada e faço força sobre a outra.



### 3º Passo



### 4º Passo

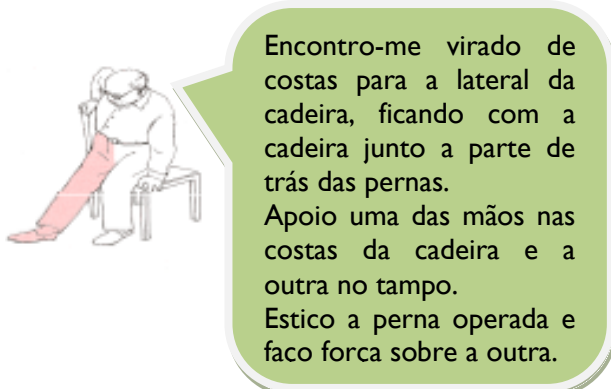


A anca não deve flectir mais que 90°, devendo ficar sempre mais alta que o joelho.

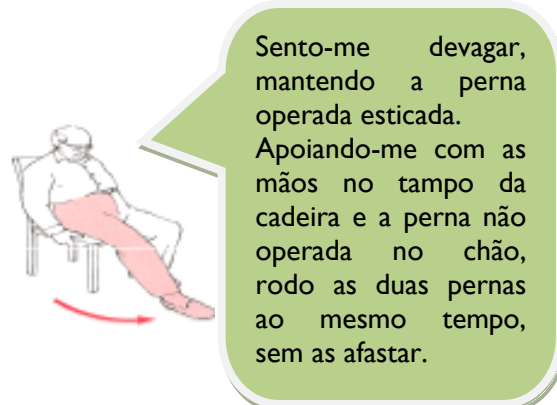
Para levantar da cadeira executo estes procedimentos ao inverso.

## Cadeira sem Apoio de Braços

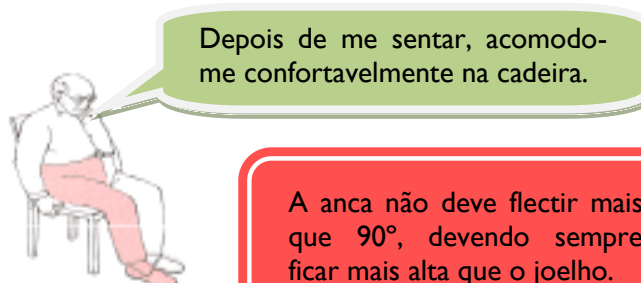
### 1º Passo



### 2º Passo



### 3º Passo



A anca não deve flectir mais que 90°, devendo sempre ficar mais alta que o joelho.

Para levantar da cadeira executo estes procedimentos ao inverso.

## Caminhar com canedianas

### 1º Passo

Avanço com as canedianas ou andarilho



### 2º Passo

Avanço com a perna operada



### 3º Passo

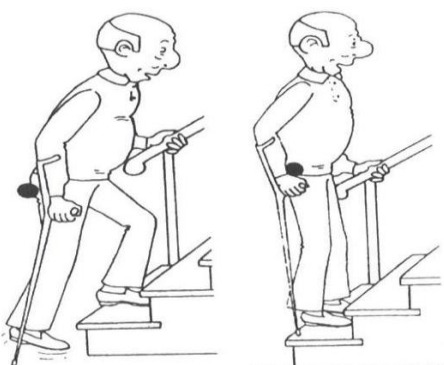
Avanço o pé saudável



Repito sucessivamente sempre nesta ordem

## Subir e descer escadas

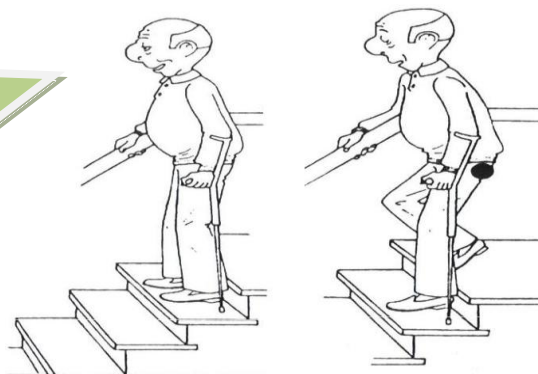
### Subir



Quando subo escadas devo colocar a perna saudável em primeiro lugar e só depois a perna operada.

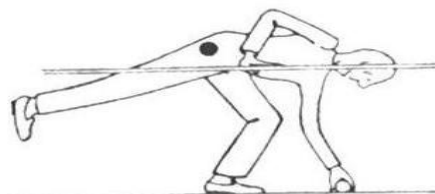
### Descer

Quando desço escadas devo colocar a perna operada em primeiro lugar e só depois a perna saudável.



## Apanhar objectos do chão

Quando apanho um objecto do chão, devo manter a perna operada esticada e apoiar-me sobre a perna saudável.



Para executar pequenos trabalhos no chão terei que ter alguns cuidados, nunca esquecendo de que não devo fazer mais de 90° de flexão da anca.

## Cuidados a ter na Higiene Pessoal e Eliminação

### Preferencialmente devo tomar duche



Posso apoiar-me num dispositivo de apoio fixo na parede. Também posso utilizar um banco dentro do duche para me sentar, sempre com a anca acima do joelho.

### Se tomar banho na banheira, devo ter os seguintes cuidados



Quando entro para a banheira devo utilizar um banco.

**Não** me devo esquecer que a perna operada é sempre a última a entrar para a banheira.



Quando tomo banho numa banheira, posso utilizar uma cadeira de banho para me ajudar.



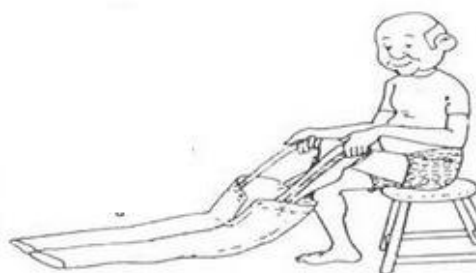
Durante o banho para lavar os pés posso utilizar uma esponja de cabo comprido, para não me dobrar.

## Como devo vestir-me



Quando limpo os pés devo utilizar uma toalha comprida, colocando um pequeno banco debaixo do pé para que este fique mais alto.

Quando me estou a vestir posso utilizar alguns utensílios que me ajudem a não dobrar a anca.



## Como devo sentar-me na sanita



Quando me sento na sanita posso usar um dispositivo de elevação de modo a que a anca fique sempre mais alta que o joelho.



## Posições recomendadas na actividade sexual

Após 6 a 12 semanas da cirurgia, posso ter uma vida sexual activa. No entanto devo ter alguns cuidados, adoptando algumas das posições indicadas a baixo.

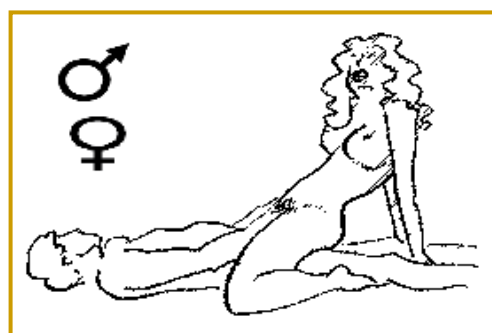
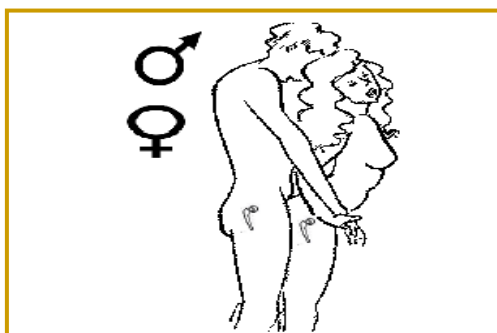
### PARA A MULHER



### PARA O HOMEM



### PARA AMBOS OS SEXOS



## Entrar e sair do carro

### 1º Passo

Colocar o assento do banco do carro todo para trás e o encosto o mais reclinado possível.



### 2º Passo

Entro para o carro apoiando uma das mãos no tablier e a outra no assento.



### 3º Passo

Sento-me e num movimento em bloco, rodo as pernas para dentro.



Para sair do carro executo estes procedimentos ao inverso.

## Movimentos que não devo fazer



Não posso cruzar as pernas.

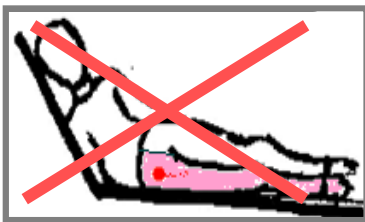
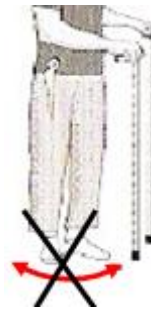




Não posso dobrar a perna operada excessivamente.



Não forço a rotação do membro operado para fora ou para dentro.



Não posso rodar ou deitar-me para o lado operado.

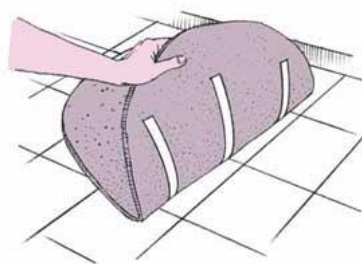


### Recomendações adicionais

Alternar frequentemente entre períodos de sentado e períodos de pé;

Evitar carregar pesos excessivos;

Evitar ter tapetes no chão da sua casa ou então utilizar tapetes antiderrapantes.



## PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES QUE PODEM SURTIR

### Luxação da prótese

Corresponde ao deslocamento da cabeça do fémur para uma posição mais ou menos afastada da cavidade de encaixe. Ocorre dor intensa e encurtamento do membro afectado.



### Trombose venosa profunda

Pode formar-se um coágulo na veia devido a alguns factores tais como o sangue estar mais espesso e dificuldade na circulação sanguínea associada à falta de mobilidade do membro. Provoca dor ao andar, coloração azulada da extremidade do pé, inchaço, e calor local.



### Infecção

Esta complicação pode implicar a extracção da prótese. Pode ser causada pela formação de uma colecção de pús, pela formação de uma colecção de sangue decorrente da incisão cirúrgica e que infecta, ou por dificuldade na cicatrização dos bordos da ferida cirúrgica.



### Embolia gorda

Pode ocorrer devido a traumatismo da medula óssea e esta entra na corrente sanguínea obstruindo os vasos capilares. Normalmente a embolia gorda não causa danos aos órgãos atingidos a não ser que esta seja maciça.

## **DEVE RECORRER À CONSULTA EXTERNA DE ORTOPEDIA OU AO SERVIÇO DE URGÊNCIA SE:**

- Dor mais intensa e persistente;
- Inchaço (edema) extenso no membro operado;
- Subida da temperatura corporal (acima dos 38° C);
- Alteração do aspecto da cicatriz operatória (pele quente, vermelhidão, bordos separados, humidade com saída de líquido);
- Encurtamento do membro operado.

### **Bibliografia:**

CANEIRA, J. – **Redução Funcional de doentes com Coxartrose, submetidos a implante de prótese da anca.** *Revista Referência.* Coimbra, N° 0, 1998.

CARVALHO, Fernando; PEREIRA, Sónia; MARTINS, Rosa – **Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a Artroplastia da Anca.** *Revista Servir* N° 5, Volume 51, 2003. ISSN 08712370

MOREIRA, et al. – **Ensino ao Doente.** Hospital São João. Porto. [Consultado a 12 de Novembro 2010]. Disponível em: [www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/2010P45.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/2010P45.pdf)

MOURAD, Leona A. – **Ortopedia.** Madrid: Mosby, 1994. ISBN 0801634385

### **Sítios**

[Http://www.google.pt/images](http://www.google.pt/images)

**Em caso de dúvida contactar**

**Consulta de Ortopedia:**

 217924291

**Horário:**

⊕ Das 8 horas às 18 horas

**Elaborado por:**

- Celina Alexandre – Estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches
- Fátima Cruz – Estudante do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa
- Sara Borda – Estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches

**Orientadora:**

- Isabel Chambel – Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e Enfermeira responsável da Consulta Externa do Hospital de Curry Cabral.