
IDENTIFICAÇÃO DE FATORES INTERVENIENTES NAS CONDIÇÕES DE VIDA DE UMA COMUNIDADE: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE COMUNIDADE*

IDENTIFICATION OF FACTORS WHICH INTERFERE IN THE CONDITIONS OF DAILY LIVING OF A COMMUNITY THROUGH COMMUNITY DIAGNOSES

MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE¹
MARIA DO SOCORRO MOURA LINS SILVA²
MARGA SIMON COLER³

Para a enfermeira desenvolver qualquer programa ou propor intervenções na comunidade é necessário conhecer os fatores que intervêm na saúde e na doença desta comunidade, bem como interagir com os indivíduos que a compõem. Assim, o presente estudo trata de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em três vilas, localizadas em um bairro de João Pessoa-PB, objetivando investigar os fatores intervenientes nas condições de vida da comunidade, identificar diagnóstico de enfermagem de comunidade e propor intervenções de enfermagem para os diagnósticos identificados. A coleta de dados foi realizada em 1996, utilizando um roteiro de entrevista estruturada e a observação sistemática. Os dados obtidos foram analisados quantitativamente. Identificados os fatores que intervêm nas condições de vida da comunidade e os diagnósticos de enfermagem: déficit de lazer e déficit de conhecimento, foram propostas intervenções de enfermagem. Pelos achados conclui-se que a enfermeira deve estar atenta para a importância de ter suas ações voltadas para a comunidade e implementar medidas educativas, preventivas e terapêuticas, de modo a incentivar os indivíduos desta comunidade a serem co-responsáveis pela própria saúde.

UNITERMOS: Diagnóstico de enfermagem; Enfermagem em saúde comunitária.

For the nurse to develop a program or propose an intervention in a community, it is necessary to know those factors that interfere with the achievement and promotion of optimal health in that community and interact with the individuals in thin it. For this reason this quantitative exploratory study were to identify those factors which interfere in the life of the community, identify community nursing diagnoses based on those factors, and propose nursing interventions based on the diagnoses. Data collection was realized in 1996, utilizing structure interviews and systematic observation. The data were analyzed quantitatively, from which two communities nursing diagnoses. *Diversion Activity Deficit and Knowledge Deficit of the populace regarding how to obtain resources*. Proposed intervention strategies were shared with community leaders. The nurse must be attentive to the importance of implementing the interventions by sharing the responsibility with community in habitants. In this case, communication with community leaders through conscious-raising meetings which would focus on methodology of initiating preventive and therapeutic educational programs and obtaining space and resources activities were proposed.

KEYWORDS: Nursing diagnoses; Community health nursing.

* Trabalho apresentado na disciplina "Diagnóstico de Enfermagem de Comunidade" do Curso de Mestrado em Enfermagem do CCS/UFPB.

¹ Professora da Universidade Federal da Paraíba, Campus V – Mestre em Enfermagem.

² Professora da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Mestranda em Enfermagem do CCS/UFPB.

³ Professora da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – EdD, RN, CS, CTN.

INTRODUÇÃO

Dos 223 municípios do Estado da Paraíba, João Pessoa, a capital, é o que concentra a participação da população economicamente ativa do setor secundário. Com a área de 189km² e uma população de 497.600 habitantes, o maior crescimento populacional de João Pessoa se deu devido a três fatores: *crescimento vegetativo nas áreas urbanas; migração, principalmente dentro do próprio Estado, com destino urbano e incorporação de áreas que, por ocasião do Censo de 1980, eram consideradas rurais* (Coelho, 1996, p. 14).

Sabe-se que o acelerado crescimento populacional ocasionado pela migração é um problema sócio-econômico enfrentado pelos governantes, pois muitas pessoas vêm para os centros urbanos na tentativa de melhorar suas vidas, logrando conseguir bons empregos. Não conseguindo, vivem de sub-empregos, tendo que morar em quintais, trazendo para si conseqüências danosas, tendo em vista as precárias condições de moradia.

Em João Pessoa observa-se, de forma empírica, que várias famílias de classe média constroem pequenas casas nos seus quintais para aumentar suas rendas. Estas casas, no entanto, não oferecem boas condições de moradia, mas são para aquelas pessoas que não têm condições financeiras para viver bem, uma alternativa, mesmo que precária.

No bairro da Torre, em João Pessoa, este tipo de moradia é freqüente em praticamente todas as ruas. Neste contexto, na tentativa de se investigar os fatores intervenientes nas condições de vida das famílias que moram nestas casas construídas em fundo de quintais e se identificar diagnósticos de enfermagem para a comunidade, propondo intervenções de enfermagem para tais diagnósticos, resolveu-se fazer este estudo.

OBJETIVOS

- Investigar os fatores intervenientes nas condições de vida da comunidade em estudo;
- Identificar Diagnóstico de Enfermagem de Comunidade, a partir dos dados encontrados;
- Propor intervenções de enfermagem para os diagnósticos encontrados.

REVISÃO DE LITERATURA

A Saúde da Comunidade e o Papel da Enfermeira

Para a Organização Panamericana de Saúde (1976, p. 4) comunidade é *um grupo social determinado por limites geográficos e/ou valores e interesses comuns. Seus membros se conhecem e se influenciam mutuamente. A comunidade*

funciona dentro de uma determinada estrutura social, apresenta e cria certos valores, normas e instituições sociais, que muitas vezes são adquiridas no decorrer de sua existência e que influenciam diretamente na saúde e/ou nas condições de vida da comunidade.

Para Clemen-Stone, Eigsti & McGuine, apud Coler (1993, p. 63):

“Comunidade significa um subgrupo da população que reside em circunstâncias similares e dividem os mesmos valores, objetivos, condições geográficas, meio ambiente e recursos. [...] A avaliação e o diagnóstico de uma comunidade são importantes para que as medidas sejam iniciadas mediante o prognóstico das necessidades de saúde, a identificação de risco potencial, determinar as prioridades da comunidade e avaliar os êxitos obtidos.”

Neste sentido, *diagnóstico de enfermagem de comunidade* refere-se ao julgamento clínico acerca das respostas da comunidade aos processos vitais ou problemas de saúde reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem estabelecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, de modo que a enfermeira tenha êxito nessas intervenções (Coler, 1993, p. 63).

Nas discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1986, a saúde foi conceituada como *resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde* (Silva et al., 1996, p. 77). Fatores estes, que estão inter-relacionados e se referem às necessidades elementares do ser humano, e devem ser considerados ao se pensar na saúde e condições de vida de uma comunidade.

Corroborando Silva et al. (1996, p. 78) destacam:

“Saúde e doença devem ser compreendidas em uma dimensão que ultrapasse os conceitos de bem-estar e mal-estar, pois estes são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bem ou mal funcionamento de um órgão, mas também por possuírem uma dimensão psicológica permeada pela emoção de cada indivíduo. Estes fenômenos agregam a dimensão psicobiológica e sócio-cultural, individual e coletiva, que não deviam ser dicotomizadas.”

A saúde precisa, portanto, ser exigida e conquistada pela sociedade e não apenas pelos serviços institucionalizados. A família deve ser *instrumento de cuidado na prevenção, manu-*

tenção e recuperação da saúde de seus membros e do seu conjunto. Isto requer educação de todos, usuários e profissionais de saúde (Silva et al., 1996, p. 78). Para estas autoras, a família e:

“um instrumento de transmissão de valores morais, éticos, políticos, sociais, como também de hábitos e costumes, incluso aqui, o cuidado à saúde, e a visão sobre o processo saúde-doença. A família possui um enorme potencial de direcionamento das ações das pessoas, de grupos e da comunidade e, aproveitar este potencial é necessário por parte daqueles que planejam as ações de saúde, como também daqueles que operacionalizam estas ações.”

Leininger, citada por George (1993, p. 291), afirma que a saúde é refletida pela *capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizar suas atividades cotidianas, de forma culturalmente satisfatória.*

As pessoas, por sua vez, adotam atividades de cuidar/cuidado como essenciais para a sua saúde e sobrevivência, e isto deve ser pensado como a essência e razão da Enfermagem. Assim, segundo Silva (1996, p. 14), Leininger identifica e define como:

“um cuidar/cuidado genérico e outro profissional. O genérico compreende o que pode ser encontrado em qualquer cultura do mundo sob as formas naturais, caseira ou folclóricas. O profissional é o que é realizado por profissionais de enfermagem ou quaisquer outros profissionais do sistema de saúde.”

Acrescenta ainda, que várias e distintas são as maneiras de cuidar/cuidado e que a Enfermagem deve levar em conta o indivíduo a ser cuidado e o seu contexto histórico-cultural, estabelecendo em que bases a sua prática vai ocorrer.

Franco et al. (1996, p. 27) afirmam que *o cuidar fundamenta-se a partir da visão de mundo de cada um, isto é, da cultura pessoal e institucional e toma direcionamentos diferenciados delineando as ações e percepção do outro como ser institucional.* Para que a enfermeira possa desenvolver qualquer programa na comunidade ou proponha qualquer intervenção, se faz necessário que ela conheça os fatores que intervêm na saúde e na doença desta comunidade e que, acima de tudo, interaja com os indivíduos que a compõem, pois as questões de saúde dizem respeito às pessoas de forma individual e são básicas para o desenvolvimento da comunidade (OPAS, 1984, p. 43).

A enfermeira também deve cooperar para que a comunidade entenda o que é saúde e que não é apenas beneficiária dos programas, mas agente do seu próprio desenvolvimento e

co-participante deste programa. Suas atividades, portanto, devem ter cunho preventivo e de promoção para a conscientização e liberação dos indivíduos, famílias e comunidades.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com uma abordagem quantitativa, realizada em três pequenas vilas construídas em quintais de casas localizadas no bairro da Torre, em João Pessoa – PB. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 1996, utilizando um roteiro de entrevista estruturada e a observação sistemática. Para a realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos pela Resolução 196/96 (Brasil, 1996, 18p). Solicitando o consentimento para a realização da pesquisa, a entrevista foi feita com o chefe da casa ou com a pessoa disponível naquele momento. Todos foram acessíveis. Era um total de 15 casas, porém só foi possível entrevistar dez moradores, pois duas estavam desocupadas e três fechadas. Os dados obtidos foram analisados quantitativamente e representados através de tabelas.

DISCUSSÃO

As pequenas vilas onde realizou-se este estudo estão localizadas no bairro da Torre, em João Pessoa – PB e foram construídas nos quintais de casas de famílias de classe média. Por falta de acesso, não foi possível conversar com os proprietários destas casas. Mas, segundo uma entrevistada, estas casas foram construídas há mais de 18 anos, tempo que ela reside ali. Todas as casas são alugadas por, no mínimo, R\$ 130,00 (cento e trinta reais) e no máximo, por R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais); são dotadas de água encanada, energia elétrica, esgoto, alvenaria, revestidas de cimento e/ou cerâmica e coleta pública de lixo. No entanto, observou-se que não oferecem boas condições de moradia, por serem pouco ventiladas e mal iluminadas. A maioria delas apresenta de um a três cômodos, que por sua vez são pequeníssimos e não favorecem à privacidade. Outro fator de desconforto é que três das casas compartilhavam um único banheiro, lavanderia e pia. Nas dez casas moravam 28 (vinte e oito) pessoas, 13 (46,4%) do sexo masculino e 15 (53,6%) do feminino. A média de pessoas por casa foi de três. Quanto à procedência das famílias: cinco vieram do interior da Paraíba, uma de São Paulo e quatro são de João Pessoa. As seis primeiras vieram para João Pessoa na tentativa de encontrar emprego e melhorar de vida. Em relação ao estado civil das pessoas da comunidade estudada, 17 (60,7%) eram solteiras, oito (quatro casais – 28,6%) eram casadas, um (3,6%) separada e dois (7,1%) viúvas.

Quanto à religião das famílias, sete (70%) eram católicas, dois (20%) evangélicas e um (10%) sem religião. Em se tratando do transporte urbano do bairro, cinco famílias (50%) consideram-no suficiente, quatro (40%) consideram-no insuficiente e um (10%) tem transporte próprio.

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS DA COMUNIDADE EM ESTUDO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA (anos)	n	%
< 1	2	7,10
1 10	1	3,60
11 20	5	17,85
21 30	11	39,30
31 40	5	17,85
41 50	0	0,00
> 50	4	14,30
TOTAL	28	100,00

Para Hoskins, citada por Coler (1993, p. 64), em termos de progresso e diferenciação, a execução das tarefas esperadas varia conforme a idade do grupo. Para Orem (1995, p. 203), a idade constitui um dos fatores condicionantes básicos para o engajamento do indivíduo no autocuidado. Neste sentido, de acordo com os dados da Tabela 1, observa-se que 39,3% das pessoas estavam na faixa etária de 21 a 30 anos, ou seja, uma população adulta que será o idoso do terceiro milênio, necessitando, portanto, de um preparo para chegar a esta fase de maneira saudável.

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS DA COMUNIDADE SEGUNDO A ESCOLARIDADE

ESCOLARIDADE	n	%
Analfabeto	4	15,4
1º grau incompleto	9	34,6
1º grau completo	1	3,8
2º grau incompleto	2	7,7
2º grau completo	6	23,1
3º grau incompleto	3	11,5
3º grau completo	1	3,8
TOTAL	26	100,00

Aliado à idade, o nível educacional constitui um dos fatores condicionantes para que a aprendizagem se realize, bem como para o engajamento do indivíduo em atividades de autocuidado (Orem, 1995, p. 203). Observa-se pelos dados da Tabela 2, que 34,6% da população tinha o 1º grau incompleto; e que o nível educacional da população parece favorável para as implementações de medidas de cuidado de enfermagem e conseqüentemente a execução, por esta população, das tarefas esperadas.

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA SEGUNDO A SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA

SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	n	%
Empregados	12	57,1
Desempregados	6	28,6
Aposentados	3	14,3
TOTAL	21	100,00

Pelos dados da Tabela 3 observa-se que 57,1% da população economicamente ativa encontravam-se empregadas e 14,3% aposentadas.

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS SEGUNDO A RENDA FAMILIAR

RENDA FAMILIAR	n	%
1 3 salários mínimos	4	40
3 6 salários mínimos	4	40
> 6 salários mínimos	2	20
TOTAL	10	100

Ao analisar-se os dados da Tabela 4 detecta-se que a renda per-capita da população é insuficiente, pois as famílias cuja renda era de um a três Salários Mínimos tinham em média três pessoas e pagavam um aluguel de R\$ 130,00 (cento e trinta reais); as de três a seis salários mínimos tinham em média cinco pessoas e pagavam um aluguel de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais).

Pela apresentação da idade, escolaridade, situação empregatícia e renda, a população estudada caracteriza-se, na sua maioria, de adolescentes e adultos, com baixa posição sócio-econômica, porém com escolaridade favorável às implementações de medidas de cuidado.

* Salário mínimo R\$ 112,00 (cento e doze reais) em novembro de 1996.

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES DE LAZER/DIVERSÃO APONTADAS PELOS
MEMBROS DAS FAMÍLIAS ESTUDAS

ATIVIDADES DE LAZER E DIVERSÃO	n	%
Assistir televisão	9	56,25
Ir à praia	3	18,75
Visitar a sogra	1	6,25
Caminhar	1	6,23
Conversar com o vizinho	1	6,23
Bordar	1	6,23
TOTAL	16	100,00

Pela Tabela 5 observa-se que 09 pessoas (56,25%) usam a televisão como meio de diversão. A televisão é um meio de comunicação de massa que tem invadido as casas, impedindo o relacionamento entre as pessoas da família, que não se dão conta disso. Não pode-se generalizar, mas a televisão impede o raciocínio das pessoas, uma vez que traz todas as mensagens prontas para serem *digeridas*, além de manipular os telespectadores, inculcando valores e normas que não condizem com a sua realidade. Para que ela não tenha este efeito sobre as pessoas é necessário que estas a usem de forma seletiva e crítica, retendo o que é bom, não se deixando levar por ela. Pelos dados, vê-se que esta comunidade apresenta um lazer restrito e que necessita ser despertada para a sua importância.

Considerações acerca da Comunidade Estudada

A comunidade estudada não tem apoio político, nem apoio policial por perto. A respeito do que faltava no bairro cinco

famílias (50%) queixaram-se de falta de área de lazer, três (30%) de segurança, uma (10%) de uma praça para fazer caminhada e uma (10%) queixou-se de falta de higiene no ambiente.

Observou-se que ao lado das casas havia um terreno baldio onde era depositado lixo pela comunidade vizinha. Pôde-se observar a presença de algumas baratas e gatos em algumas casas, e também cupim na madeira do teto de uma casa. Uma moradora informou que ali também aparece escorpião. Dessa forma, esta população estava exposta a perigos para a sua saúde, carecendo de um programa educativo de prevenção primária, de maneira que estes perigos possam ser superados. Não existia líder entre os moradores e a comunidade, com exceção de uma família, não participava de qualquer grupo associativo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

A partir da análise dos fatores que interferem nas condições de vida da comunidade estudada, pôde-se identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Déficit de lazer relacionado à falta de estímulo e às condições sócio-econômicas.
2. Déficit de conhecimento relacionado ao desconhecimento de fatores de risco à saúde.

O déficit de lazer é o estado no qual o indivíduo experimenta uma diminuição na estimulação, no interesse ou no engajamento em atividades recreativas ou de lazer, e o déficit de conhecimento é o estado no qual o indivíduo não tem a informação correta ou completa sobre aspectos necessários para manter ou melhorar seu bem-estar (Nóbrega & Garcia, 1994, p. 101).

PROPOSTA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Déficit de Lazer relacionado à falta de estímulo e às condições sócio-econômicas da comunidade.	Levar a comunidade a: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância da atividade de lazer; • Expressar as atividades de lazer adotadas. 	Promover uma reunião na comunidade a fim de: <ul style="list-style-type: none"> • Informar à comunidade, através de palestras, a importância do lazer para o bem-estar físico e emocional; • Solicitar que a comunidade liste as atividades de lazer que gostaria de realizar; • Selecionar junto à comunidade aquelas atividades que estejam em conformidade com o seu padrão sócio-econômico, incentivando para que ela as adote; • Levantar, em conjunto com a comunidade, um modo de encaixar os momentos de lazer durante a sua semana; • Retornar à comunidade após a reunião para avaliar se esta adotou as atividades de lazer.
Déficit de Conhecimento relacionado ao desconhecimento de fatores de risco à saúde.	Informar à comunidade sobre fatores de risco à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um programa educativo para a comunidade, contemplando os fatores de riscos à saúde, para a adoção de comportamentos preventivos. • Contribuir com o despertar da comunidade para a prevenção e controle das doenças preveníveis através de medidas elementares; • Proferir palestras à comunidade sobre os seguintes temas: higiene ambiental, transmissão e controle de doenças, doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, etc.), e outros que a comunidade solicitar; utilizando recursos audiovisuais e promovendo debates.

CONCLUSÕES

Acerca dos resultados obtidos detectou-se que a população em estudo é predominantemente jovem e adulta, com um percentual de 17,85% na faixa etária de 11 a 21 anos, e 39,3% entre 25 a 30 anos, e que apresenta um nível educacional favorável às intervenções de enfermagem.

No que diz respeito aos fatores interferentes nas condições de vida da comunidade, 28,6% da população economicamente ativa do estudo estava desempregada e com uma renda insuficiente para a manutenção de padrões de vida elementares.

Os diagnósticos de enfermagem de comunidade identificados foram: *déficit de lazer* relacionado à falta de estímulo e às condições sócio-econômicas e *déficit de conhecimento* relacionado ao desconhecimento de fatores de risco à saúde.

As intervenções de enfermagem traçadas para os diagnósticos de enfermagem identificados visam, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de riscos à vida e ao bem-estar da comunidade, levando em consideração as suas condições socio-econômicas e culturais.

Considerando-se o conceito de saúde da OMS como um *completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade*, constata-se que a saúde da comunidade estudada está debilitada e que necessita de intervenções que visem promover a sua saúde.

Diante do exposto, a enfermeira como agente integrante da equipe multiprofissional e educadora em saúde deve estar atenta para a importância de ter suas ações voltadas para a comunidade e cooperar através de medidas educativas/preventivas para que o indivíduo integrante desta comunidade seja co-responsável pela sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Documenta**. Brasília, 1996. 18p.

COELHO, E.A.C. **Política de planejamento familiar em João Pessoa – PB: análise das contradições existentes entre o discurso oficial e a prática**. João Pessoa, 1986. 242p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Paraíba.

COLER, M.S. An axial representation of community mental health nursing diagnoses of a country at war: El Salvador. **Nursing Diagnosis**, v. 4, n. 2, p. 63-69, Apr./Jun. 1993.

FRANCO, M.C. et al. Construção epistemológica e cultural do cuidar em enfermagem. In: SILVA, Y.F., FRANCO, M.C. (Orgs.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p. 27.

GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 286-299.

NÓBREGA, M.M.L., GARCIA, T.R. (Orgs.). **Uniformização da linguagem dos diagnósticos de enfermagem da NANDA: sistematização das propostas do II SNDE**. João Pessoa: A união, CNRDE/ GIDE-PB, 1994. 138p.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1995. 477p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Experiencias nacionales en el empleo de trabajadores de salud comunitaria**. Washington, 1989. 63 p. (Publicação científica, 459).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Enseñanza de enfermería en salud comunitaria**. Washington, 1976. 19 p. (Publicação científica, 332).

SILVA, Y.F. Antropologia médica: da saúde ou da doença? In: SILVA, Y.F., FRANCO, M.C. (Orgs.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p. 9-15.

SILVA, L.F. et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y.F., FRANCO, M.C. (Orgs.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p. 75-87.