

Estrategia investigativa para melhorar os indicadores de saúde na comunidade etunda no Huambo

Research strategy for bettering health figures of etunda community in Huambo

Eduardo Gutiérrez Santisteban,^{1*}, Emilia Marcelina Dos Santos Lionjanga², Marleni Pedroso Monterrey³, Eulisia Pérez Samón⁴

¹ PhD. Professor e Investigador. Instituto Superior Politécnico de Huambo.
egutierrezsantisteban@gmail.com

² PhD. Categoria docente ou acadêmica. Instituto Superior Politécnico de Huambo.
milalionjanga@yahoo.com.br

³ MSc. Categoria docente ou acadêmica. Instituto Superior Politécnico de Huambo.
pedrosomarleni@gmail.com

⁴ Lic. Categoria docente ou acadêmica. Instituto Superior Politécnico de Huambo.
eulisisperez@gmail.com

*Autor para correspondência: egutierrezsantisteban@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste artigo é desenhar uma estratégia investigativa que permita a execução deste projeto. Como técnica de coleta de dados se empregou a observação e o questionário. Tiveram-se em conta as etapas seguintes: Planificação, Execução e Avaliação. A implementação desta estratégia permitiu unificar o trabalho investigativo de professores e estudantes para beneficiar a comunidade Etunda.

Palavras clave: Estrategia investigativa, Indicadores de saúde, Comunidade.

ABSTRACT

The main purpose of this article is to design a research strategy which allow us to carry out this Project. As a data gathering technique observation and enquiring were used. The following phases were taken into account: Planning, development and evaluation. The implementation of this strategy allowed the unification of the research work of professors and students to benefit Etunda community.

Keywords: Research strategy, Health figures, Community.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a investigação em saúde pública, é considerada como uma abordagem essencialmente quantitativa e fortemente influenciada pela perspectiva biomédica. Tem se focado na produção de conhecimentos sobre os fatores de risco e seus determinantes em prol das características socioambientais (Dias e Gama, 2014).

A perspetiva atual de saúde está voltada na promoção e proteção da saúde dos indivíduos e das populações em geral (Paulo, 2015).

Atualmente se reconhece que, para a compreensão mais abrangente das questões complexas em saúde, a investigação tem de ser multidimensional, integrando a influência interrelacionada de fatores ambientais, estruturais, socioculturais e individuais (Dias e Gama, 2014).

O conceito de comunidade é compreendido como um fenômeno histórico e social, que assume diferentes significados no tempo e no espaço. As reflexões sobre o assunto são repletas de possibilidades de conceitos modeladas em diferentes referências como territorialidade, interesses, organização social e política, valores em comum, sentimento comunitário, entre outros (Martins e Aparecida, 2016).

A um certo ponto, as definições parecem ignorar as características singulares de cada indivíduo, as marcas culturais e as diferenças de identidade, enquanto afirmação de parte num todo. Estas diferenças são produto das relações e processos construídos pelos membros ao longo do tempo. Se estas diferenças são abolidas, objectivando uma definição mais clara e homogénea de comunidade, então esta definição pode eliminar também pertenças pessoais que temporaria ou permanentemente se afastam da comunidade (Pinheiro, 2010).

Frequentemente é possível observar comunidades cada vez mais coesas e organizadas para a resolução dos seus próprios problemas. Esta mobilização dos cidadãos, nos processos de decisão a favor da comunidade, contribui significativamente para o aumento do sentimento de comunidade. Assim, quanto maior a integração e satisfação perante uma comunidade, maiores serão os benefícios individuais e comunitários. A nível individual, o maior sentimento da comunidade traduz-se em níveis mais elevados de bem-estar, qualidade e satisfação de vida; sentido de justiça e capital social; menor solidão e isolamento. A nível comunitário, identifica-se uma maior colaboração e força comunitária, mobilização e participação em torno da mudança social (Elvas e Vargas, 2010).

O aumento da investigação e do conhecimento sobre a área da saúde permitiu à comunidade científica compreender a interação entre fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e ambientais no desenvolvimento de várias condições de doença e de saúde nas populações. A interação destes fatores, nas suas várias vertentes, são hoje aceites como responsáveis pela “dinâmica do estado de saúde” bem como das transformações ou mudanças que determinam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das populações no presente com repercussões no futuro (Pinheiro, 2010).

As Universidades jogam um papel fundamental no desenvolvimento de investigações científicas contribuindo na modificação do estilo de vida das comunidades. Para obter este propósito a vinculação dos estudantes, através da extensão universitária com os professores tornam mais factível o êxito da investigação.

Considerando estas questões, o departamento de Ciências de Saúde do Instituto Superior Politécnico do Huambo, unidade orgânica da Universidade José Eduardo dos Santos, elaborou um projeto de investigação cujo objetivo é Desenhar uma estratégia investigativa que permita a execução deste projeto na comunidade da Etunda.

DESENVOLVIMENTO

Desenho da Estratégia investigativa

Realizou-se um estudo descritivo para a execução do projeto de investigação "Intervenção dā Universidade na mudança do estilo de vida da comunidade da Etunda do município Huambo com o objetivo de Desenhar uma estratégia investigativa que permita o recolha dos dados e a posterior análise da informação necessária.

Esta estratégia inquiridora permite estabelecer relações entre os estudantes e o desenvolvimento da comunidade Etunda através de atividades vinculadas com a extensão universitária.

Neste caso foram selecionados todos os estudantes de 5º ano dos cursos de Saúde (Enfermagem, Análise clínicas e Electromedicina) do Instituto Superior Politécnico do Huambo.

Como técnica de coleta de dados empregou-se a observação (para identificar os elementos estruturais, ambientais e de saúde da comunidade) e o questionário (para determinar os principais problemas da saúde).

Cada questionário consta perguntas que vinculam aos três cursos do departamento de Ciências de Saúde; assim como, os indicadores de saúde estabelecidos.

Para a aplicar os questionários formou-se equipes de estudantes dos três cursos de Ciências de Saúde com o objetivo de garantir dados de alta qualidade.

No desenho da estratégia investigativa tiveram em conta as etapas seguintes:

I- Planificação

II- Execução

III-Avaliação

Em cada etapa se estabeleceram ações para seu cumprimento.

Etapa de Planificação. Ações:

1. Criou-se uma comissão científica e um comitê de ética.

A comissão científica elaborou as linhas de investigação, estabeleceu o plano de atividades, o tempo de duração de cada uma delas e ministrou um curso de postgrado sobre a elaboração de instrumentos de coleta de dados.

O comitê de ética avaliou as perguntas de cada um dos questionários e em seguida elaborou-se o consentimento livre informado.

2. Atribuir o objetivo específico que corresponde a cada departamento docente tendo em conta os principais problemas que afetam à comunidade.
3. O departamento de Ciências de Saúde estabeleceu os indicadores de saúde seguintes:

Características Sociodemográficas

- Densidade populacional
- Géneros
- Agregado familiar
- Taxa de crescimento da população:
- Grau de urbanização.
- Menores de 5 anos de idade na população
- Gravidez na adolescência
- Idosos na população.
- Índice de envelhecimento.
- Taxa de fecundidade total.
- Taxa bruta de natalidade.
- Mortalidade proporcional por idade em menores de 1 ano de idade
- Mortalidad infantil
- Taxa bruta de mortalidade.

- Taxa de Mortalidad materna
- Esperança de vida ao nascer.
- Taxa de vacinação
- Mecanismos de solidariedade comunitário
- Violência doméstica
- Trabalho infantil
- Registo civil

Características Socioeconómicas

- Taxa de analfabetismo.
- Níveis de escolaridade.
- Renda familiar
- Situação perante o trabalho
- Produção local
- Hábitos alimentares
- Segurança
- Meios de transporte
- Vias de comunicação
- Saneamento básico
- Condições habitacionais

Morbidade e fatores de risco

- Hábitos tabágicos
- Hábitos alcoólicos
- Uso de drogas
- DRA
- DDA
- Tuberculose
- Diabetes
- HA
- Hanseníase (Lepra)
- Malária
- Infeções da pele
- Infeções da cavidade oral
- Febre tifoide
- Índice de mal nutrição
- Hábitos higiénicos
- VIH

- ITS
 - Drepanocitose
 - Doenças crónicas não transmissíveis
 - Covid 19
 - Discapacitados
 - Medio ambiente
4. Confecção de cinco questionários para a coleta de dados tendo em conta os indicadores de saúde e os diferentes grupos de idades (Mulheres com crianças de zero a cinco anos, crianças, adolescentes, adultos e diagnóstico geral); assim como, um questionário Médico e de Enfermagem do Centro de Saúde da Etunda.
 5. Determinação dos temas de investigação da equipe de trabalho tendo em conta o conteúdo de cada questionário.
 6. Determinar os recursos materiais necessários para a execução da estratégia.

Etapa de execução. Ações:

1. Atribuir a cada questionário uma equipe de estudantes do 5º ano para sua implementação, por isso realizou-se uma preparação prévia com cada um deles.
2. Aplicar os questionários a diferentes famílias tendo em conta os três blocos da comunidade Etunda.
3. Confecção da base de dados no sistema estatístico profissional SPSS.
4. Processamento dos dados obtidos através das técnicas estatísticas correspondentes.
5. Elaboração de novos questionários tendo em conta os temas de investigação.
6. Implementação do sistemas de atividades para o cumprimento dos objetivos propostos.

Etapa de Avaliação. Ações:

- 1- Avaliou-se todas as etapas e ações planificadas.
- 2- Qualificaram-se cada um dos questionários relacionados com o nível de conhecimentos de determinada doença.
- 3- Avaliou-se o desenho do sistema de atividades implementado segundo os objetivos propostos e os grupos de idades.
- 4- Avaliação integral do impacto de cada uma das atividades realizadas na comunidade.
- 5- Redacção do Relatório final.
- 6- Divulgação dos resultados obtidos.

A colaboração com pessoas da comunidade permite estabelecer uma relação de confiança que facilita a aceitação do projeto e credibiliza os investigadores, possibilitando a obtenção de um elevado nível de participação e qualidade dos dados recolhidos (Dias, 2014).

Nos países desenvolvidos como os Estados Unidos da América, Rússia, Países Europeus, Japão, China, Austrália após a II Guerra Mundial apresentaram níveis de crescimento económico bastante elevados a par de importantes mudanças no perfil de saúde e doença nas populações. A par destas mudanças a área da saúde também acompanhou esta alteração como o desenvolvimento tecnológico (vacinas, os antibióticos, técnicas cirúrgicas, etc.) bem como de métodos de diagnóstico que muito contribuíram para a redução das doenças infeciosas. Por outro lado, com o aumento da esperança média de vida e das condições materiais na sociedade registou-se uma mudança no perfil de doença, isto é, o aumento exponencial das doenças crónicas e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas (Paulo, 2015).

No entanto, para reduzir os efeitos de determinados fatores responsáveis pela morbilidade e mortalidade nas populações segundo as recomendações internacionais deve-se investir na promoção da saúde junto

das mesmas (WHO, 2002). Os determinantes enquanto fatores intrínsecos e fatores extrínsecos responsáveis pela saúde e pela doença não são mais do que acontecimentos ou eventos identificados e que produzem uma alteração da saúde no âmbito de um quadro clínico definido (Mausner e Kramer, 2007). No ciclo de vida das populações sempre existiu uma procura constante pela saúde e pelo bem-estar em detrimento da doença. No entanto, há fatores intrínsecos (biológicos, pessoais, imunológicos e genéticos) que determinam a suscetibilidade de o indivíduo contrair a doença e fatores extrínsecos (ambientais, comportamentais, físicos, hábitos sociais, etc.,) a concorrerem para a promoção da exposição do indivíduo à mesma (Medronho, Carvalho et al. 2002; Bonita, Beaglehole et al. 2006).

A relevância atribuída à experiência de sentido de comunidade gerou diversas linhas de investigação, a análise de diferentes contextos com aplicações de diferentes metodologias. Neste cenário, diferentes variáveis aparecem associadas com níveis micro e, por outro lado, níveis macro de influência no Sentido de Comunidade.

Ao nível macro (características do ambiente físico e social), diferentes variáveis foram sendo investigadas como a densidade populacional, superlotação, tamanho da população, número de unidades habitacionais e heterogeneidade étnica.

No nível micro (características pessoais, relações das pessoas e com as estruturas do ambiente) foram investigadas a satisfação dos residentes com a sua unidade habitacional e com os serviços públicos do local, onde o Sentido de Comunidade se revelou um forte preditor da satisfação no bairro.

A consideração deste tipo de variáveis, micro e macro, associadas aos ambientes e a qualidade de vida das pessoas em suas localidades revelou a sua importância.

A distinção entre micro e macro determinantes, deve ser considerada como um referencial ao nível das intervenções no sentido de comunidade, pois se assumimos que o último objectivo é ter indivíduos com sentido de comunidade positivo que vivem em comunidades que possuem os recursos para providenciar benefícios aos seus habitantes em troca de investimentos e compromissos, então a questão parece residir em como alcançar esse objectivo (Pinheiro, 2010).

Intervenções na comunidade, como ao nível do planeamento de território, gestão dos espaços, políticas de apoio à família, ao emprego, à imigração podem disponibilizar uma base fortificada de recursos disponíveis na comunidade e a aprovisionar o nível individual. Isto acontece pelo incremento da satisfação de necessidades naquele local, pela crença desenvolvida pelas pessoas nos mecanismos e equipamentos da comunidade e no interesse que dedicam aos seus membros, constituindo-se circunstâncias que potenciam o investimento das pessoas na sua comunidade, favorecendo a sua pertença, o contacto mútuo e a construção de uma narrativa partilhada.

As sociedades de hoje sofrem mudanças e transformações onde o indivíduo, no dia a dia, está exposto a determinantes que podem influenciar o seu bem-estar, a sua saúde e qualidade de vida (Paulo, 2015)

A transposição da qualidade de vida para o âmbito da saúde procurou compreender como determinados estilos de vida, hábitos, costumes, ambientes sociais, políticos e económicos poderiam ter impacto sobre as populações ao nível da sua saúde (Minayo, Hartz et al, 2000).

A origem da doença pode estar diretamente relacionada pelo homem para o homem ou por um outro meio como reservatório não humano mas que poderá chegar à população em geral (Mausner e Kramer, 2007).

Ao identificarmos o foco de origem poderemos reduzir o risco de morbilidade e mortalidade na sociedade e posteriormente criar programas de prevenção que irão reduzir a exposição no futuro a determinados agentes (Gordis, 2011).

Esta perspetiva da prevenção e promoção da saúde vai ao encontro da visão de munir as populações de meios, informações e conhecimentos sobre as capacidades das pessoa quer no âmbito genético, quer físico e psíquico e que lhes permitam rentabilizá-las sobre os determinantes de proteção e de risco responsáveis pela sua saúde e assim melhorá-la traduzindo também numa melhor qualidade de vida (Matos, 2004).

A alteração da estrutura etária da população mundial está associada, de certa forma, a “mudanças socioeconómicas” que permitiram melhorar as condições de vida da população em geral. Essas

alterações estão associadas em avanços na área da saúde, em novas tecnologias e intervenções mais eficazes na deteção da doença e melhores meios para prevenir novos desfechos/enfermidades. Para além destes indicadores, a qualidade de vida das populações também melhorou quando as pessoas passaram a ter melhores condições habitacionais, de higiene e de alimentação (Marques, Arruda et al. 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados devem ser claros e concisos e a discussão deve centrar-se na relevância dos resultados do trabalho e não repetir estes. Os resultados normalmente se compõem de uma descrição dos experimentos, oferecendo um “panorama geral” mas sem repetir os detalhes experimentais já descritos na seção de Desenvolvimento (Materiais e métodos), e também dos dados. A discussão deve apresentar os princípios, relações e generalizações que os resultados indicam, como concordam ou não com trabalhos anteriormente publicados. A intenção principal da Discussão é mostrar as relações existentes entre os fatos observados. redige-se em tempo passado.

CONCLUSÕES

As estratégias para a alteração de comportamentos de risco estão dependentes do desenvolvimento de competências pessoais e sociais bem como a criação de facilitadores da saúde mais dinâmicas no âmbito da promoção de comportamentos de proteção.

A implementação desta estratégia permitiu unificar o trabalho investigativo de professores e estudantes para beneficiar à comunidade da Etunda – Huambo, Angola.

AGRADECIMENTOS

Se proceder (não é obrigatório).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paulo de Figueiredo, J (2015). Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida. Indicadores de risco epidemiológico. Avaliação de estados de saúde e doença. Tese de doutoramento em Ciências da Saúde. Universidade de Coimbra.
2. Dias, S., Gama, A (2014). Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. Rev Panam Salud Pública;35(2):150-4
3. Martins Silva J., Aparecida de Medeiros Hespanhol, R (2016). Discussão sobre comunidade e características das comunidades rurais no Município de Catalão (GO). Rev. Soc. e Nat., Uberlândia, 28 (3): 361-374
4. Elvas, S., Vargas Moniz, M. J (2010). Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. Análise Psicológica; 3 (XXVIII): 451-464
5. Pinheiro Marante, L. R (2010). A reconstrução do sentido de comunidade: Implicações teórico-metodológicas no trabalho sobre a experiência de sentido de comunidade. Tese de Mestrado. Universidad de Lisboa.
6. WHO (2002). Reducing risks, promoting healthy life: World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization.
7. Mausner e Kramer, S (2007). Introdução à Epidemiologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
8. Medronho, R.A., Carvalho, D.M.d., Bloch, K.V., Luiz, R.R. e Werneck, G.L. (2002). Epidemiologia. São Paulo, Atheneu.
9. Bonita, R., Beaglehole, R. e Kjellström, T. (2006). Basic Epidemiology. Geneva, Worlf Health Organization.
10. Minayo, M., Hartz, Z. e Buss, P. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: Um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva 5(1): 7-18.
11. Mausner e Kramer, S (2007). Introdução à Epidemiologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
12. Gordis, L (2011). Epidemiologia. Loures, Lusodidacta.

13. Matos, M.G.d. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise Psicológica; 3(XXII): 449-462.
14. Marques, A.P.d.O., Arruda, I.K.G., Espírito Santo, A.C., Guerra, M.D. e Sales, T.F. (2005). Prevalência de Obesidade e Fatores Associados em Mulheres Idosas; 49(3), 441-448.

Síntese curricular dos autores

- Eduardo Gutiérrez Santisteban. Licenciado em Educação na especialidade Física e Electrónica no Instituto Superior Pedagógico de Manzanillo, Granma, Cuba; Professor e Investigador Catedrático; Doutor em Ciências Pedagógicas; Mestrado em Novas Tecnologias para a Educação; realizou várias investigações relacionadas com a didática e os métodos investigativos. É professor de Informática em Saúde no Instituto Superior Politécnico de Huambo, Universidade José Eduardo dos Santos. Id ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9691-8785>
- Emília Marcelina dos Santos Lionjanga. Licenciada em Ciências de Educação na especialidade de Biologia no Instituto Superior de Ciências de Educação (ISCED) Huambo, Angola; Mestre em Ciências da Saúde na especialidade de Fisiopatologia na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) Criciúma, Santa Catarina, Brasil; Doutora em Saúde Pública pela Universidade do Porto, Portugal; Investigadora no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) Portugal; professora de Saúde Pública, Administração em saúde entre outras cadeiras no Instituto Superior Politécnico da Universidade José Eduardo dos Santos. Id ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9272-9103>
- Marleni Pedro Monterrey. Licenciada em Enfermagem na Universidade de Ciências Médicas de Matanzas, Cuba; Professora Assistente; Mestrado em Urgências Médicas; realizou várias investigações relacionadas com doenças infecciosas. É professora na Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola. Id. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8468-1901>
- Lic. Eulisia Pérez Samón. Licenciado em Educação na especialidade de Inglês pelo Instituto Superior Pedagógico do Santiago de Cuba; Professor Assistente na Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola. Id. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3602-7785>