

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

A large, abstract white line graphic is positioned on a yellow background. The line starts at the top left, curves down and to the right, then loops back towards the center. It then curves down again towards the bottom right, where it forms a large, irregular oval shape. The line is thick and white, creating a sense of motion and organic form.

1

Série 2

pt

e *edição*
special

Corpo Editorial | Editorial Team | Equipo Editorial

Editor

Instituto Politécnico de Viseu, Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)

Equipa Editorial | Editorial Team | Equipo Editorial

Editor Chefe | Chief Publisher | Editor Chefe

Madalena Cunha

Editores Adjuntos | Assistant Publishers | Editores Adjuntos

José Luís Abrantes

José Paulo Lousado

Maria João Amante

Paula Correia

Editores das Seções | Section Publishers | Editores de Secciones

Ciências Agrárias, Alimentares e Veterinárias | Agricultural Sciences, Food and Veterinary | Ciencias Agrícolas, Alimentos y Veterinaria

Paula Correia - paulacorreia@esav.ipv.pt

Ciências da Vida e da Saúde | Life and Health Sciences | Ciencias de la Vida y la Salud

Madalena Cunha - mnunes@essv.ipv.pt

Educação e Desenvolvimento Social | Education and Social Development | Educación y Desarrollo Social

Maria João Amante - majoa@esev.ipv.pt

Engenharias, Tecnologia, Gestão e Turismo | Engineering, Technology, Management and Tourism | Ingeniería, Tecnología, Administración y Turismo

José Luís Abrantes - jlabrantes@estv.ipv.pt

José Paulo Lousado - jlousado@estgl.ipv.pt

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente

Ana Sofia Carvalho, PhD, Universidade Católica, Porto (PT)

Alessandro Gandini, PhD, Pagora School, Grenoble Polytechnic, France (FR)

António Boleto Rosado, PhD, Universidade Técnica de Lisboa (PT)

António Sérgio Alfredo Guimarães, PhD, Universidade de S. Paulo (BR)

Carlos Fernandes da Silva, PhD, Professor Catedrático, Universidade de Aveiro (PT)

Carlos Gutiérrez García, PhD, Universidade de Léon (ES)

Elisabeth Kastenholz, PhD, Universidade de Aveiro (PT)

Flávio Nelson Fernandes Reis, PhD, Universidade de Coimbra (PT)

Isabel Mateos Rubio, PhD, Universidade de Salamanca (ES)

João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, PhD, Universidade de Aveiro (PT)

João Eduardo Quintela Varajão, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)

Javier Montero Martín, PhD, Universidade de Salamanca (ES)

José Luís Abrantes, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

José Paulo Lousado, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Luís Saboga Nunes, PhD, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa (PT)

Maria dos Anjos Pires, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)

Maria João Amante, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Margarida Gomes Moldão Martins, PhD, Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa (PT)

Ozíris Borges Filho, PhD, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)

Paula Correia, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)

Paulo Providência, PhD, Universidade de Coimbra (PT)

Soner Soylu, PhD, Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)

Wojciech Cynarski, PhD, Rzeszów University (PL)

Mohamed Samer, PhD, Universidade do Cairo (EG)

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Instituto Politécnico de Viseu (IPV)
Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde
Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu

Av. Cor. José Maria Vale de Andrade
Campus Politécnico
3504- 510 VISEU

 232 480 700 (ext.2100)
 millenium@pres.ipv.pt (Revista Millenium)
 <http://www.ipv.pt/millenium/> (Revista Millenium)
 <http://www.ipv.pt/ci> (Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS)- Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu)

Ficha Catalográfica

Revista Millenium. / prop. Instituto Politécnico de Viseu, 1996- 2016

Título da Revista: Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

Título da Revista abreviado: Rev. Mill

Sigla da Revista: Mill

Depósito Legal Nº: 973 71/96

ISSNe (versão eletrónica) 1647-662X

Indexação

DIALNET – <http://dialnet.unirioja.es/>

Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.latindex.unam.mx/index.html>

Avaliada por Qualis/CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior na área da Educação em B2 e na área de Letras/

Linguística em B4. <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>

DOAJ- Directory of Open Access Journals – <http://www.doaj.org/>

Periodicidade

Quadrimestral, sendo editada em fevereiro, junho e outubro.

Nota

- Os artigos assinados são da responsabilidade dos seus autores, não refletindo necessariamente os pontos de vista da Direção da Revista
- Publicação anotada na ERC
- Isenta de registo na ERC ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9 de junho, Artigo 12º, nº1, a)



Editorial | Editorial | Editorial

A validação do conhecimento científico pelos respectivos pares é actualmente uma exigência das sociedades científicas contemporâneas que aliam os melhores níveis de evidência e graus de recomendação ao suporte das boas práticas profissionais éticamente dirigidas.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health assume-se como uma publicação multidisciplinar nas áreas das ciências da vida e da saúde, agrárias, alimentares e veterinárias, educação e desenvolvimento social, e das engenharias, tecnologia, gestão, turismo e artes.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health apresenta-se como uma publicação científica capaz de constituir um espaço privilegiado de análise e discussão de teorias e modelos, processos, métodos e técnicas inovadoras. Pretende ainda apresentar e discutir instrumentos de investigação, divulgar projectos pedagógicos e de intervenção na comunidade, escolas, empresas e outras organizações.

Após avaliação por pares com recurso a uma metodologia cega, ficam acessíveis neste número 1 Especial da *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health* 38 artigos integrados nos seguintes tópicos: Saúde infantil e parentalidade; Saúde e bem - estar dos estudantes e formação de professores; Saúde do idoso e seus cuidadores; Gestão da doença e segurança do doente; Saúde ocupacional.

Almeja-se com os artigos agora disponíveis em bases de dados internacionais proporcionar aos profissionais da educação e saúde evidências promotoras da literacia nestas áreas do conhecimento que contribuam para o incremento do bem-estar coletivo.

Cumpre ainda o propósito de dar visibilidade ao contributo original dos autores, garantindo por essa via a difusão e internacionalização do conhecimento científico.

Validation of scientific knowledge through peer review is currently a requirement of contemporary scientific societies that combine the highest levels of evidence and grades of recommendation with good professional and ethical practices.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health claims its position as a multidisciplinary publication in the fields of life and health, agrarian, food and veterinary sciences, of education and social development, and of engineering, technology, management, tourism and arts.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health presents itself as a scientific publication able to become a privileged space for the analysis and discussion of theories and models, processes, methods and innovative techniques. It also aims to present and discuss research tools, to disseminate educational projects, and projects of intervention in the community, schools, companies and other organisations.

After peer review using a blind methodology, 38 articles are made available in this Special number 1 *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health*, included in the following topics: Child health and parenting; Health and well-being of students and teacher training; Health of the elderly and caregivers; Disease management and patient safety; Occupational health.

With the journal articles now made available in international databases, we aim to provide education and health professionals with evidence that promote literacy in these areas of knowledge, enhancing collective wellbeing.

Furthermore, there is also the purpose of increasing visibility of the author's original contribution, ensuring in this way the dissemination and internationalisation of scientific knowledge.

La validación del conocimiento científico por los respectivos pares es, actualmente, una exigencia de las sociedades científicas contemporáneas que asocian los mejores niveles de evidencia y grados de recomendación al soporte de buenas prácticas profesionales éticamente dirigidas.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health se asume como una publicación multidisciplinar en las áreas de la vida y de la salud, agrarias, alimentarias y veterinarias, educación y desarrollo social y de las ingenierías, tecnología, gestión, turismo y artes.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health se presenta como una publicación científica capaz de constituir un espacio privilegiado de análisis y discusión de teorías y modelos, procesos, métodos y técnicas innovadoras. Pretende, igualmente, presentar y discutir instrumentos de investigación, divulgar proyectos pedagógicos y de intervención en la comunidad, escuelas, empresas y otras organizaciones.

Tras la evaluación por pares con recurso a una metodología ciega, quedan accesibles en este número 1 Especial da *Millenium - Journal of Education, Technologies and Health* 38 artículos integrados en los siguientes tópicos: Salud infantil y parentalidad; Salud y bienestar de los estudiantes y formación de profesores; Salud de la persona mayor y de sus cuidadores; Gestión de la enfermedad y seguridad del enfermo; Salud ocupacional.

Con los artículos ahora disponibles en bases de datos internacionales se ambiciona proporcionar a los profesionales de la educación y salud evidencias promotoras de la capacitación en estas áreas del conocimiento que contribuyan para el incremento del bienestar colectivo.

Cumple igualmente el propósito de dar visibilidad al aporte original de los autores, garantizando por esa vía la difusión e internacionalización del conocimiento científico.

A Equipa Editorial
Madalena Cunha
José Luís Abrantes, Maria João Amante,
José Paulo Lousado, Paula Correia

The Editorial Board
Madalena Cunha
José Luís Abrantes, Maria João Amante,
José Paulo Lousado, Paula Correia

El Equipo Editorial
Madalena Cunha
José Luís Abrantes, Maria João Amante,
José Paulo Lousado, Paula Correia

Sumário | Summary | Resumen

SAÚDE INFANTIL E PARENTALIDADE

GERIR A FEBRE EM CRIANÇAS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PAIS	15
CONHECIMENTOS DAS MÃES FACE À AMAMENTAÇÃO: RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	23
EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES SOBRE A DOR NA CRIANÇA	33
ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA COM A CONSULTA DE ENFERMAGEM DA DIABETES	41
PARENTALIDADE, INCAPACIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	53
SAÚDE DAS FAMÍLIAS IMIGRANTES: ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	63
A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE MULHERES TOXICODEPENDENTES NO PERÍODO PÓS PARTO	71

SAÚDE/BEM-ESTAR DOS ESTUDANTES E FORMAÇÃO DE PROFESSORES

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - R.E.D. BULL (YING)	83
VALORES DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR ENVOLVIDOS EM EDUCAÇÃO PELOS PARES	93
A ABSTINÊNCIA E O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE ESCOLARES: A INFLUÊNCIA DAS ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIOCULTURAL	107
A AUTOMEDICAÇÃO NOS ALUNOS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA	123
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: PREDITORES DE ADESÃO	133
APOIO PSICOLÓGICO NO ENSINO SUPERIOR: O SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU	145
REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES	153

SAÚDE DO IDOSO E SEUS CUIDADORES

ESTUDO DA OSTEOPOROSE EM MULHERES PORTUGUESAS COM MAIS DE 50 ANOS: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E ADESÃO À TERAPÊUTICA	163
PROMOÇÃO DA LITERACIA E CAPACITAÇÃO DE PESSOAS DIABÉTICAS TIPO 2 IDOSAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	175
PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	185
NÍVEL DE SOBRECARGA SUBJETIVA EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	195
QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DE HUNTINGTON	203
TEMAS A INCLUIR NUM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA, A RESIDIR NO DOMICÍLIO	213
SAÚDE OCUPACIONAL EM CUIDADORES: UM ESTUDO DE CLIMA ORGANIZACIONAL EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS	223

GESTÃO DA DOENÇA E SEGURANÇA DO DOENTE

ESCLEROSE MÚLTIPLA E QUALIDADE DE VIDA: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	235
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INSUFICIENTES RENAIOS EM DIÁLISE	245
REABILITAÇÃO VESTIBULAR COM POSTUROGRAFIA DINÂMICA COMPUTADORIZADA NA DOENÇA DE PARKINSON	255
CONHECIMENTO SOBRE HEPATITES B E C E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DOS SALÕES DE BELEZA	267
EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAÇÃO: A CULPABILIDADE IMPRESSA PELA MÍDIA	277
ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA (ECCC)	287
CONSENTIMENTO INFORMADO DA TEORIA À PRÁTICA	301
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO DOENTE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2012 A 2014 COM BASE NO MULTIPROFESSIONAL GUIDE	307

SAÚDE OCUPACIONAL

FATORES DE STRESS DAS EQUIPAS DE BOMBEIROS EM CONTEXTOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	319
QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS	327
SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA FUNÇÃO PÚBLICA LOCAL: UMA QUESTÃO DE GÉNERO?	339
EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA	347
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO DA SUA FREQUÊNCIA NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA	359
O EFEITO DO REIKI NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM BURNOUT	367
REIKI COMO TERAPIA NÃO CONVENCIONAL: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS	377
ACIDENTES DE TRÂNSITO ENVOLVENDO CAMIONISTAS: ESTUDO DE REVISÃO DOS FATORES DE RISCO	387
RUÍDO AMBIENTAL VERSUS INFRASOM E RUÍDO BAIXA FREQUÊNCIA - CASO DE ESTUDO DE POPULAÇÃO PRÓXIMA DE TURBINAS EÓLICAS	397



Autores | Authors | Autores

Adriana Sousa, 387
Agostinha Corte, 93
Agostinho Cruz, 163
Alcinda Reis, 63
Alexandra Dinis, 203
Aliete Cunha, 133
Ana Andrade, 185
Anabela Pires, 41
Ana Berta Alves, 53
Ana Ferreira, 397
Ana Lucas, 319
Ana Maria Frias, 367
Ana Spínola, 63
Andreia Mendes, 83
António Calha, 195, 319
António Casa Nova, 319
Bibiana Conceição, 83
Brigida Simões, 397
Carina Ferreira, 327
Carlos Albuquerque, 185
Carlos Sequeira, 213
Carme Ferré-Grau, 213
Carminda Morais, 175, 235
Carolina Henriques, 71
Catarina Amaral, 307
Celeste Antão, 123
Celina Casanova, 15
Cláudia Pinho, 163
Conceição Martins, 185
Cristiana Castro, 123
Cristiane Cristiano, 267
Cristina Cunha, 359, 377
Cristina Nazaré, 255
Daniela Campos, 185
Daniela Carcereri, 153
Daniela Chambel, 195
Daniel Silva, 33, 287
Darcré Cardoso, 153
Denise Pires, 277, 339
Dolores Sardo, 347
Elaine Forte, 277, 339
Elisabete Borges, 339
Elucir Gir, 267
Ernestina Silva, 33
Eugénia Anes, 327
Fabiana Paulo, 301
Fernanda Daniel, 133
Fernando Moreira, 163
Filipa Carvalho, 255
Filomena Paulo, 347
Filomena Sousa, 123
Graça Aparício, 23, 41
Helder Simões, 397
Helena Catarino, 71
Helena Moreira, 185
Hugo Santos, 203
Ilda Cardoso, 133
Inês Santos, 319
Irma Brito, 93
Isabel Bica, 15
Isabel Silva, 33
Joana Martins, 123
João Almeida, 397
João Duarte, 23, 41, 287, 347
João Figueiredo, 397
João Pita, 133
João Santos, 245
Jorge Bonito, 107
José Alexandre, 319
José Cunha, 133
José Gomes, 83
José Nunes, 123
Juliano Caliari, 267
Laurentina Andrade, 23
Leandra Cordeiro, 145
Lia Sousa, 213
Lilian Reinato, 267
Luís Seixo, 83
Manuela Ferreira, 287, 347
Mara Boné, 107
Margarida Santos, 15
Maria Antónia Botelho, 71
Maria Clara Monteiro, 339
Maria Fátima Claro, 83
Maria João Amante, 145
Maria João Carvalho, 163
Maria João Lage, 307
Maria José Almeida, 301
Maria Manuela Martins, 277, 339
Mariana Ferreira, 223
Maribel Carvalhais, 33
Marta Farinelli, 153
Martina Rocha, 301
Melanie Machado, 83
Natália Pereira, 267
Pastor Taco, 387
Patrícia Araújo, 223
Paula Duarte, 367
Paula Fava, 307
Paula Fernandes, 235
Paula Prata, 15
Paula Rocha, 359
Paulo Sousa, 307
Raul Cordeiro, 319
Renata Reis, 267
Rita Oliveira, 245
Rita Rausch, 153
Rosa Martins, 185, 203, 377
Rosana Silveira, 53
Rosa Rodrigues, 235
Roselita Sebold, 153
Rosina Fernandes, 223
Salvador Cardoso, 133
Sandra Rizzo, 367
Sara Felizardo, 53
Susana Ramos, 307
Suzete Oliveira, 175



SAÚDE INFANTIL E PARENTALIDADE

GERIR A FEBRE EM CRIANÇAS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PAIS	15
CONHECIMENTOS DAS MÃES FACE À AMAMENTAÇÃO: RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	23
EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES SOBRE A DOR NA CRIANÇA	33
ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA COM A CONSULTA DE ENFERMAGEM DA DIABETES	41
PARENTALIDADE, INCAPACIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	53
SAÚDE DAS FAMÍLIAS IMIGRANTES: ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	63
A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE MULHERES TOXICODEPENDENTES NO PERÍODO PÓS PARTO	71

Millenium, 2(ed espec nº1), 15-21.

GERIR A FEBRE EM CRIANÇAS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PAIS
MANAGING FEVER IN CHILDREN: PARENTS' KNOWLEDGE AND PRACTICES
GESTIONAR LA FIEBRE EN LOS NIÑOS: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES

Margarida Santos^{1,2}

Celina Casanova³

Paula Prata^{1,2}

Isabel Bica^{4,2}

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

²CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Universidade do Porto, Portugal

³Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., Barcelos, Portugal

⁴CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: a febre é um dos sintomas mais comuns na infância e uma das queixas e razões mais habituais na procura de serviços de saúde.

Objetivo: analisar os conhecimentos e as práticas dos pais, com filhos menores de seis anos, na gestão de sintomas da febre.

Métodos: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com uma amostra de conveniência. Colheita de dados por questionário, no norte de Portugal.

Resultados: amostra constituída por 145 pais, com idades entre 21 e 47 anos, 46.9% tinham o ensino superior. A maioria usava termómetro eletrónico associado ao toque para avaliar a febre e considerava valores abaixo de 38°C como febre, 31.2% assumiram dar antipiréticos, ao filho, com valores entre 37°C e 37.8°C. A medicação antipirética era a intervenção preferida pela maioria dos pais. Em associação recorriam a intervenção não farmacológica, sendo a mais utilizada a diminuição da quantidade de roupa. Os pais acreditavam que a febre não tratada era capaz de causar meningite, coma, atraso mental e até mesmo morte.

Conclusões: os resultados mostram uma clara falta de conhecimento dos pais sobre como cuidar de uma criança com febre: consideram valores relativamente baixos de temperatura corporal como febre e como valor de referência para a administração de antipirético e têm crenças erróneas sobre as consequências da febre na saúde das crianças. As intervenções de educação para a saúde dirigidas aos pais são necessárias para os ensinar a gerir eficazmente os sintomas da febre em crianças.

Palavras-chaves: Conhecimento; Criança; Febre; Pais

ABSTRACT

Introduction: fever is one of the most common symptoms in childhood and one of complaints and most common reasons in demand for health services by the parents.

Objective: to analyse parents' knowledge and practices in managing fever symptoms in their children under six years.

Methods: Quantitative, exploratory and descriptive study with a convenience sample. Data collection by questionnaire in the north of Portugal.

Results: our sample comprises 145 parents, aged between 21 and 47 years old, 46.9% had a degree. Most use electronic thermometer in association with touch to assess fever, consider values under 38°C as fever and 31.2% assume to give antipyretics with values between 37°C and 37.8°C. The antipyretic medication is the preferred intervention of the majority of the parents. In association to antipyretic medication they appeal to non-pharmacological intervention, the most used is the decrease in the amount of clothes. Parents believe that the untreated fever will be able to cause meningitis, coma, mental retardation and even death.

Conclusions: the results show a clear lack of parental knowledge about how to care a child with fever: consider relatively low values of body temperature as fever and as value of reference for antipyretic administration, have erroneous beliefs about fever and consequences it can have on children's health. We can conclude that health education interventions targeted are necessary for parents to learn how to effectively manage the symptoms of fever in child.

Keywords: Knowledge; Child; Fever; Parents

RESUMEN

Introducción: la fiebre es uno de los síntomas más comunes en la infancia y una de las quejas y de las razones más comunes de la demanda de servicios de salud por parte de los padres.

Objetivos: analizar el conocimiento y las prácticas de los padres no manejo de los síntomas de fiebre en niños menores de seis años.

Métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo, con una muestra de conveniencia. Recolección de datos, mediante un cuestionario, en el norte de Portugal.

Resultados: muestra de 145 padres, edades comprendidas entre los 21 y 47 años, 46.9% tenían un grado. La mayoría utiliza termómetro electrónico asociado con el toque para evaluar la fiebre, consideran valores por debajo de 38 °C como fiebre y 31.2% asumen dar antipiréticos con valores entre 37°C y 37.8°C. El medicamento antipirético es la intervención preferida de la mayoría de los padres. En asociación recurren a la intervención no farmacológica, la más utilizada es la disminución de la cantidad de ropa. Los padres creen que la fiebre no tratada será capaz de causar meningitis, coma, retraso mental e incluso la muerte.

Conclusiones: los resultados muestran una clara falta de conocimiento de los padres sobre cómo cuidar a un niño con fiebre: consideran valores relativamente bajos de temperatura corporal como fiebre y como valor de referencia para administración de antipiréticos, y tienen creencias erróneas sobre la fiebre y sus consecuencias en la salud de los niños. Las intervenciones de educación sanitaria dirigidas son necesarias para que los padres aprendan a gestionar eficazmente los síntomas de la fiebre de los niños.

Palabras Clave: Conocimiento; Niño; Fiebre; Padres



INTRODUÇÃO

Em contexto pediátrico, a febre é, inequivocamente, um dos mais, ou mesmo o mais, frequente sinal de doença e um dos mais antigos e reconhecidos ao longo dos séculos. A temperatura corporal é considerada um dos sinais vitais mais relevantes e, como tal, mensurá-la constitui uma intervenção muito importante na avaliação da criança.

A grande maioria das crianças febris apresenta uma doença benigna e autolimitada (Abramczyk, 2005) e tolera, com bastante facilidade, temperaturas corporais relativamente elevadas, comparativamente com os adultos (Broom, 2007).

Vários estudos demonstram que os pais mostram falta de conhecimento sobre como cuidar de uma criança com febre.

A necessidade de conhecer mais aprofundadamente esta problemática conduziu ao presente estudo que teve como objetivo identificar as intervenções adotadas pelos pais, das crianças menores de seis anos de idade, para gerir os episódios febris dos filhos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

São variadíssimas as causas da febre apesar de, em pediatria, ser a infeciosa (viral ou bacteriana) a grande responsável pela sua ocorrência (El-Radhi, 2008; Powell, 2005). A febre tem um importante papel no mecanismo de defesa contra os diversos micro-organismos envolvidos no processo infecioso sendo, por isso, um processo que não deve ser combatido com medidas farmacológicas, ou não farmacológicas, de forma arbitrária.

As principais desvantagens da febre são o aumento da taxa metabólica e do aumento do consumo de oxigénio e a produção de dióxido de carbono (Zomorrodi & Attia, 2008) pelo que a febre pode assim “(...) exacerbar a insuficiência cardíaca em pacientes com doença cardíaca ou anemia crónica (...), insuficiência pulmonar em pacientes com doença pulmonar crónica, e instabilidade metabólica em crianças com Diabetes Mellitus ou erro inato do metabolismo” (Powell, 2005, p. 889).

Quanto ao valor assumido em pediatria para classificar febre, pode ser definido como uma temperatura superior ou igual a 38°C, independentemente do local onde é avaliada e do termómetro utilizado (Algren & Arnow, 2006; National Collaborating Center for Women's and Children's Health [NCCWCH], 2007). Este valor foi o ponto de referência do nosso trabalho. Estamos, no entanto, cientes que não é de todo o mais correto utilizar-se um valor único de referência para febre, uma vez que cada criança tem a sua própria amplitude térmica, seja em contexto de doença ou não, pelo que na maioria das situações febris benignas, em pediatria, é mais relevante a confirmação da presença de febre do que propriamente conhecer o seu valor exato (NCCWCH, 2007).

Na tentativa de explicar os receios e ansiedades parentais relacionados com a febre, no início da década de 80, Schmitt usou, pela primeira vez, o termo “Fever Phobia” para designar a panóplia de mitos e receios infundados que envolvem a situação de febre em contexto pediátrico. Os seus estudos enfatizaram a falta de conhecimento dos pais para gerirem adequadamente a situação febril dos seus filhos e foram o ponto de partida para inúmeras pesquisas. Em 2001, Crocetti, Moghbell e Serwint, investigaram se as práticas e receios dos pais acerca da febre na criança, se mantinham sobreponíveis ao que tinha sido registado no estudo de Schmitt (1980). Curiosamente, ou não, a conclusão foi que, volvidos 20 anos, se mantinha a fobia da febre e que continuava a ser necessário que os profissionais de saúde investissem nesta problemática. Quase 10 anos após esta investigação, num outro estudo realizado em contexto de urgência pediátrica, e tendo por base o estudo efetuado por Crocetti, Moghbell e Serwint (2001), verificou-se que, a febre, se mantinha como a principal queixa dos pais que procuravam os serviços de saúde e que continuava a ser necessário investir na sua formação (Poirier, Collins, & McGuire, 2010), não só para diminuir os seus receios e medos, que são uma das principais justificações para procurarem os serviços de urgência num episódio febril como, possivelmente, para evitar algumas inadequadas e potencialmente perigosas, práticas parentais no domicílio.

2. MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, transversal, integrado no paradigma da investigação quantitativa.

2.1 Amostra

Amostra não probabilística por conveniência, constituída por 145 pais (mãe ou pai) de crianças, menores de seis anos de idade, residentes em Portugal.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser pai ou mãe, pelo menos, de uma criança menor de seis anos de idade, saber ler e escrever e aceitar participar no estudo, e como critérios de exclusão: a criança ter história de convulsão febril e/ou de



neoplasia. Estipulámos estes critérios de exclusão pois achamos que a criança, que tem um historial de convulsões febris, já teve, com certeza, pelo menos, uma recorrência aos serviços de saúde e, portanto, os pais terão sido orientados anteriormente, sobre como atuar em futuros episódios febris. Em relação ao historial de neoplasia da criança, seguiu-se o mesmo raciocínio uma vez que, estas crianças têm também inúmeros contactos com os sistemas de saúde e, os pais, têm orientações muito específicas, transmitidas pelos profissionais de saúde, de como atuar em caso de febre.

A maioria dos progenitores do sexo masculino (62.5%; n=10) tinha mais de 35 anos de idade e do sexo feminino (56.6%; n=73) tinha entre 25 e 35 anos. No que diz respeito às habilitações literárias 46.9% (n=68) possuíam o ensino superior e 32.4% (n=47) o ensino secundário. Relativamente à idade das crianças, sobre as quais os pais responderam ao questionário, a média de idades, era de 35.1 meses (DP=17.3 meses), a moda situava-se nos 48 meses e a mediana nos 36 meses, variando entre um mínimo de 4 e máximo de 60 meses de idade.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Para recolha de informação utilizou-se um questionário com 36 questões abertas e fechadas. O pré-teste foi aplicado a 10 pais (mãe ou pai) de crianças menores de seis anos de idade.

2.3 Procedimentos

A colheita de dados ocorreu no período de maio a julho de 2011, em dois Jardins de Infância, localizados no norte de Portugal e de agosto a dezembro de 2011 via online, tendo para tal sido construída uma versão digital do questionário o qual foi aplicado recorrendo à amostragem por redes (bola-de-neve).

O estudo foi aprovado pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto e obteve-se a autorização da direção dos Jardins de Infância para a realização do estudo. Os intervenientes assinaram um documento de consentimento informado.

Nos infantários, os questionários foram entregues aos pais pelos funcionários dos estabelecimentos e, após o preenchimento, foram guardados no envelope fornecido e distinto do destinado a recolher o consentimento informado assinado, não havendo, portanto, hipótese de associar os participantes aos seus questionários. Relativamente ao inquérito em formato digital, o site escolhido para elaborar as questões, não permitia uma associação entre o respondente e o questionário pelo que o anonimato esteve, à partida, assegurado.

Os principais procedimentos de análise estatística utilizados foram a estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão e a estatística inferencial: teste de Independência de Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher.

Considerou-se que os valores encontrados eram significativos quando $p < .05$; muito significativos quando $p < .01$ e extremamente significativos quando $p < .001$. Valores estatísticos com p igual ou superior a 0.05 foram considerados como diferença estatística não significativa.

O tratamento dos dados foi processado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0, para Windows.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos mostraram que 60.5% (n=87) dos pais consideravam valores inferiores a 38°C ($M=37.6^{\circ}C$) como febre, 55.3% (n=73) referiram administrar antipirético a partir dos 38°C ($M=37.9^{\circ}C$) e 31.2% (n=41) assumiram administrar com valores compreendidos entre os 37°C e os 37.8°C. A administração de medicação antipirética era a intervenção preferida pela maioria dos pais (88.9%, n=120), sendo que 64.4% (n=88), referiram recorrer ao uso de dois fármacos antipiréticos, nomeadamente o paracetamol e o ibuprofeno.

A utilização de meios físicos de arrefecimento, particularmente o despir/vestir roupa mais fresca (69.6%, n=94) foi uma forma complementar de gestão dos episódios febris, que os pais referiram, havendo 2.3% (n=3) que reportaram dar banho de água fria. A maioria dos pais (84.2%, n=112) mencionou utilizar o termómetro eletrónico para avaliar a temperatura corporal do filho e 7.5% (n=10) referiram ainda utilizar o termómetro de mercúrio. Os locais anatómicos mais escolhidos pelos pais para avaliar a temperatura, eram a axila (76.7%, n=99) e o ânus (13.5%, n=18). A percepção sensorial continua a ser um importante método auxiliar no despiste da febre, salientando-se que 64.5% (n=87) referenciou avaliar a temperatura usando, simultaneamente, o termómetro e o toque na pele (com as mãos e/ou lábios).



Os principais receios dos pais quanto às complicações associadas ao não “tratamento” da febre eram as convulsões (71.1%, n=96), a desidratação (45.2%, n=61) e a meningite (19.3%, n=26), havendo também pais que referiram ter medo que a febre pudesse originar atraso mental, coma ou mesmo causar a morte da criança.

Concluiu-se que os pais habilitados com um curso superior recorriam mais à administração de medicação que os outros pais ($p=0.027$). Não se verificou existir uma associação estatisticamente significativa entre a opinião dos pais sobre as consequências da febre não tratada e a escolaridade, exceto sobre a possível ocorrência de meningite ($p=0.04$).

4. DISCUSSÃO

A maioria dos pais interpreta valores entre os 37°C e os 38°C como febre, pelo que podemos concluir que continuam a considerar valores relativamente baixos de temperatura corporal para o diagnóstico da mesma. Estes resultados estão de acordo com muitos dos estudos consultados e, em particular, com os realizados em Portugal (Rodrigues e Rodrigues, Monteiro, Neto, & Rodrigues, 2010). A maioria dos pais administra antipiréticos a partir dos 38°C, o que é usualmente aceite como a temperatura de referência para a administração de medicação antipirética, embora não seja consensual esta atitude (Rodrigues e Rodrigues et al., 2010). Devemos, no entanto, ter em consideração que um número significativo (31.2%, n=41) administra com valores inferiores, ou iguais, a 37.8°C o que, de um modo geral, são considerados valores relativamente baixos para tal prática pois, como vem demonstrando a evidência científica, estes fármacos não devem ser utilizados rotineiramente em todas as crianças com febre (Portugal, 2004), devendo ser administrados, principalmente, àsquelas que apresentam sinais de desconforto ou patologias de base que possam exacerbar com o aumento da temperatura corporal (NCCWCH, 2007).

No que concerne às intervenções parentais, na presença de um episódio febril, o estudo reporta, que a generalidade dos pais associa a administração de medicação a medidas não farmacológicas. Contudo, as medidas farmacológicas foram referidas como de eleição ou mesmo como a primeira atitude a que recorrem para gerir a febre da criança. Os medicamentos mais frequentemente utilizados/reportados foram o paracetamol e o ibuprofeno. Esta prática, tal como afirmam diversos investigadores, pode ser considerada adequada, pois o paracetamol e o ibuprofeno são as drogas antipiréticas mais utilizadas na prática clínica portuguesa (Portugal, 2004) e também as mais recomendadas para uso pediátrico (Chiappini et al., 2009; Paul et al., 2010; Sullivan & Farrar, 2011). Igualmente a salientar, é a elevada percentagem de pais que dizem usar dois antipiréticos num mesmo episódio febril, atitude completamente sobreponível a estudos nacionais (Rodrigues e Rodrigues et al., 2010) e internacionais (Poirier et al., 2010; Walsh, Edwards, & Fraser, 2008), apesar da bibliografia mostrar que esta prática deve ser desencorajada (Bowden & Greenberg, 2008; Llerena Santa Cruz, Guarch Ibáñez, & Buñuel Álvarez, 2012; NCCWCH, 2007) e só utilizada em situações pontuais e excepcionais (Portugal, 2004).

A utilização dos meios físicos de arrefecimento é também muito referenciada, surgindo como uma atitude complementar à administração dos antipiréticos o que corrobora outros estudos (Crocetti, Moghbell, & Serwint, 2001; Crocetti, Sabath, Cranmer, Gubser, & Dooley, 2009; Erkek, Senel, Murat, Ozgur, & Karacan, 2010; Rodrigues e Rodrigues et al., 2010; Walsh et al., 2008). Porém, a bibliografia refere não ser o arrefecimento físico indicado, como norma, para o tratamento da febre e, de modo algum, deve ser realizado aquando da termogénese, sem associar medidas farmacológicas (Portugal, 2004), uma vez que estimula ainda mais a produção e conservação de calor sendo, por isso, antifisiológico (Seeley, Stephens, & Tate, 2005). O banho, independentemente da temperatura da água, e o despir, são intervenções contraindicadas (Chiappini et al., 2009; NCCWCH, 2007), se não associadas a medidas farmacológicas, além de serem extremamente desconfortáveis na fase da termogénese (Chiappini et al., 2009; Yilmaz et al., 2008; Zomorodi & Attia, 2008). A Direcção-Geral de Saúde (Portugal, 2004) preconiza que, durante a subida térmica, “(...) quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético. Na defervescência, há que permitir a libertação de calor, logo, retirar a roupa. No fundo, o importante é respeitar o que o próprio organismo ‘pede’.” (p. 8).

Quanto ao tipo de termómetro utilizado, as guidelines inglesas (NCCWCH, 2007) e italianas (Chiappini et al., 2009), recomendam que a temperatura corporal seja avaliada, preferencialmente, com termómetros eletrónicos colocados na axila, em detrimento dos termómetros de infravermelhos. Os pais que participaram no estudo, utilizam instrumentos de avaliação da temperatura corporal adequados à idade pediátrica e de um modo correto, embora ainda seja reportado o uso de termómetros de mercúrio, facto contraproducente devido à toxicidade deste metal.

Os participantes referiram, também, utilizar o toque com a mão, em associação com o uso do termómetro, para detetar o aumento da temperatura corporal, mostrando a importância que atribuem ao toque na pele como indicador de febre. Os dados obtidos corroboram os de outros investigadores (Erkek et al., 2010; Rodrigues e Rodrigues et al., 2010), realçando-se que a avaliação subjetiva do aumento da temperatura corporal, por parte dos pais, deve ser sempre valorizada pelos profissionais de saúde (Chiappini et al., 2009; NCCWCH, 2007; Zomorodi & Attia, 2008) e é um meio válido para os pais detetarem a presença de febre



no seu filho (El-Radhi & Barry, 2006; NCCWCH, 2007).

CONCLUSÕES

A febre, na infância, é uma ocorrência inevitável e frequente, mas também uma assustadora experiência para os pais, particularmente quando não têm conhecimentos necessários para lidarem com a situação. Mantêm-se algumas crenças e atitudes desadequadas desde o primeiro estudo do género, efetuado há 30 anos por Barton Schmitt (1980), o que pode sugerir que não estarão a ser realizados todos os esforços no sentido de melhorar a informação aos pais. Esta investigação mostrou-nos que os pais precisam de compreender a fisiopatologia da febre para conseguirem distinguir entre as potenciais, e esperadas, complicações benignas inerentes a um episódio febril, daquelas que mais não são do que conceções irrealistas, fruto do desconhecimento e medo e que os levam a adotar atitudes particularmente agressivas e desadequadas.

Atendendo a que diversos estudos concluíram que os pais identificam no profissional de saúde a fonte dos conhecimentos e considerando que, os enfermeiros, se encontram numa posição privilegiada para promover a saúde da população através da mudança de mentalidades e, consequentemente, de comportamentos, provavelmente, se houvesse um maior investimento em educação para a saúde, dirigida aos pais, sobre os cuidados ao filho com febre, os ganhos em saúde seriam evidentes, mesmo que a longo prazo. Os profissionais de saúde têm uma “(...) tarefa fulcral no combate à fobia da febre, que está generalizada (...).” (Portugal, 2004, p. 11).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramczyk, M. L. (2005). Febre sem sinais localizatórios. In M. B. Morais, S. O. Campos, & W. S. Silvestrini (Eds.), *Pediatria: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar* (pp. 375-380). São Paulo: Editora Manole Lda.

Algren, C., & Arnow, D. (2008). Variações das intervenções de enfermagem pediátricas. In M. J. Hockenberry, & W. Winkelstein (Eds.), *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7ª ed., pp. 706-786). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Bowden, V., & Greenberg, C. S. (2008). *Pediatric nursing procedures* (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.

Broom, M. (2007). *Physiology of fever*. *Paediatric Nursing*, 19(6), 40-44.

Carrilho, E. (2003). A criança com febre. In J. M. Palminha, & E. M. Carrilho (Eds.), *Orientação diagnóstica em pediatria: dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial* (pp. 463-487). Lisboa: Lidel.

Chiappini, E., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P. A., Becherucci, P., Bonsignori, F., ... Writing Committee of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children. (2009). Management of fever in children: Summary of the Italian pediatric society guidelines. *Clinical Therapeutics*, 31(8), 1826-43. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.08.006

Crocetti, M., Moghbell, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited. Have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246.

Crocetti, M., Sabath, B., Cranmer, L., Gubser, S., & Dooley, D. (2009). Knowledge and management of fever among latino parents. *Clinical Paediatrics*, 48(2), 183-189. doi: 10.1177/0009922808324949.

El-Radhi, A. S. (2008). Why is the evidence not affecting the practice of fever management? *Archives of Diseases in Childhood*, 93(11), 918-20. doi: 10.1136/adc.2008.139949.

El-Radhi, A. S., & Barry, W. (2006). Thermometry in paediatric practice. *Archives of Disease in Childhood*, 91(4), 351-356.

Erkek, N., Senel, S., Murat, S., Ozgur, O., & Karacan, C. (2010). Parents' perspectives to childhood fever: comparison of culturally diverse populations. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 583-587.

Llerena Santa Cruz, E., Guarch Ibáñez, B., & Buñuel Álvarez, J. C. (2012). No existen pruebas suficientes que avalen el uso de ibuprofeno y paracetamol combinados para el tratamiento de la febre. *Evidencias en Pediatria*, 8(1). Acedido em <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-11545-RUTA/18AVC.pdf>

National Collaborating Center for Women's and Children's Health. (2007). *Feverish illness in children: Assessment and initial*



management in children younger than 5 years London: NICE. Acedido em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg160/documents/feverish-illness-in-children-update-nice-guideline2>

Paul, I. M., Sturgis, S. A., Yang, C., Engle, L., Watts, H., & Berlin, C. M. Jr. (2010). Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. *Clinical Therapeutics*, 32(14), 2433-2440. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.01.006.

Poirier, M. P., Collins, E. P., & McGuire, E. (2010). Fever phobia: A survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. *Clinical Pediatrics*, 49(6), 530-534. doi: 10.1177/0009922809355312.

Portugal, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes . (2004). *Urgências no ambulatório em idade pediátrica*. Lisboa: DGS.

Powell, K. R. (2005). Febre. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatria* (17ª ed., pp. 888-890). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Rodrigues e Rodrigues, L., Monteiro, T., Neto, T., & Rodrigues, C. (2010). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre. *Saúde Infantil*, 32(1), 17-21.

Schmitt, B. D. (1980). Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *American Journal of Disease of Children*, 134(2), 176-181.

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Sullivan, J. E., & Farrar, H. C. (2011). Clinical report: Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics* 127(3), 580-587. doi: 10.1542/peds.2010-3852.

Walsh, A., Edwards, H., & Fraser, J. (2008). Parent's childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 376-388. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04721.x.

Yilmaz, D., Arhan, E., Yuksel, D., Ozcelik, A., Senbil, N., Serdaroglu, A., & Gurer, Y.K. (2008). Attitudes of parents and physicians toward febrile seizures. *Clinical Paediatrics*, 47(9), 856-860. doi: 10.1177/0009922808319961.

Zomorrodi, A., & Attia, M. W. (2008). Fever: Parental concerns. *Clinical Paediatric Emergency Medicine*, 9(4), 238-243. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpem.2008.09.007>.

Millenium, 2(ed espec nº1), 23-30.

CONHECIMENTOS DAS MÃES FACE À AMAMENTAÇÃO: RELAÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

MOTHER'S KNOWLEDGE ABOUT BREASTFEEDING: RELATIONSHIP WITH SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA: RELACIÓN COM VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Laurentina Andrade¹

Graça Aparício²

João Duarte²

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. - Unidade Hospitalar de Bragança, Portugal

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: Apesar do investimento na promoção, proteção e apoio à amamentação, reconhece-se a necessidade de maior investimento para que os indicadores preconizados pela OMS possam ser atingidos.

Objetivo: Avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação e sua relação com variáveis sociodemográficas.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e de corte transversal, conduzido numa amostra não probabilística de 100 mães de lactentes até 1 ano de vida. A recolha de dados foi obtida por um questionário composto pela caracterização sociodemográfica e pelo autorrelato da vivência das mães sobre a amamentação.

Resultados: Revelaram ter bons conhecimentos sobre amamentação 39% das mães e 32% foram classificadas com fracos conhecimentos, admitindo 93% a importância do início da amamentação na primeira hora de vida do bebé e 28% que esta deve ser exclusiva até aos 6 meses, apesar de apenas 45% assinalarem as vantagens para o bebé. O conhecimento da composição do leite materno, proteção imunológica e identificação dos sinais de pega correta foram assinalados por 83% das mães. Os conhecimentos foram mais elevados nas mães com mais habilitações literárias, com idade entre 26-36 anos, casadas e a residirem em meio rural, porém apenas significativos face às habilitações literárias.

Conclusões: Se a promoção, proteção e apoio à amamentação tem reconhecido um grande investimento no decurso destes anos, admitimos, face aos resultados do estudo, a necessidade de se adequar a (in)formação ao contexto sociocultural das mães.

Palavras-chaves: Aleitamento Materno; Conhecimento; Mães

ABSTRACT

Introduction: Although investment in promoting, protecting and supporting breastfeeding, acknowledged the need for greater investment to which the indicators recommended by WHO can be reached.

Objectives: Evaluate the knowledge of mothers about breastfeeding and its relationship with socio-demographic variables.

Methods: Quantitative, descriptive and cross-sectional study, applied to a non-probability sample of 100 mothers of newborns up to 1 year of life. Data collection was carried out through a socio-demographic questionnaire and a self-report questionnaire.

Results: Were classified with good knowledge about breastfeeding 39% of mothers and 32% with poor knowledge, 93% admitted the importance of initiation breastfeeding within the first hour of baby's life and defending 28% that it should be exclusive up to 6 months, although only 45% point out its benefits for the baby. The knowledge of the composition of breast milk, immune protection and identification of signs of correct picks up signals was named by 83% of mothers. The knowledge were higher in mothers with higher level education, aged between 26-36 years, married and living in rural areas, but only statistically significant in those with higher education.

Conclusions: If the promotion, protection and support of breastfeeding have recognized a great investment during last years, we admit, given these results, the need to adapt the (in)training to the socio-cultural context of mothers.

Keywords: Breastfeeding; Knowledge; Mothers

RESUMEN

Introducción: Aunque la inversión en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, reconoce-se la necesidad de una mayor inversión, para que los indicadores de la OMS se alcancen.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de las madres sobre lactancia materna y su relación con variables socio demográficas.

Métodos: Estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, realizado en una muestra no probabilística de 100 madres de lactantes de hasta 1 año. La recogida de datos fue obtenida por encuesta, compuesta de caracterización socio-demográfica y la auto-presentación de informes por la experiencia de las madres sobre la lactancia materna.

Resultados: Fueron clasificados con buenos conocimientos de lactancia materna 39% de las madres y el 32% con escaso conocimiento, asumiendo 93% la importancia de la iniciación de la lactancia en la primera hora de vida del bebé y 28% que debería ser exclusiva hasta los 6 meses, aunque sólo 45% señaló las ventajas para el bebé. El conocimiento de la composición de la leche materna, la protección inmunológica y la identificación de signos de toma correcta fueron reportados por 83% de las madres. El conocimiento fue mayor en las madres con más educación, edades entre 26-36 años, casadas y que residían en las zonas rurales, pero sólo significativas, las relacionadas con la educación.

Conclusiones: Si la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna ha reconocido una gran inversión durante estos años, lo admitimos, según los resultados del estudio, la necesidad de adaptar la (en)formación con el contexto sociocultural de las madres.

Palabras Clave: Lactancia Materna; Conocimiento; Madres



INTRODUÇÃO

Ser alimentado com leite materno é um direito do recém-nascido, sendo crucial para a sua saúde, e uma das formas mais eficazes de se atender aos aspetos nutricionais, imunológicos e afetivos da criança no seu primeiro ano de vida (Almeida, Fernandes, & Araújo, 2004; Lawrence & Lawrence, 2016).

Amamentar num período mais prolongado é um dos indicadores de sucesso, pelo que as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), baseadas na evidência científica, incentivam o Aleitamento Materno (AM) exclusivo durante seis meses, seguido da introdução de alimentos complementares associados ao leite Materno até aos 2 anos de idade ou mais, (Aguiar & Silva, 2011). Apesar destas recomendações, é um facto que o objetivo pretendido pela OMS, ou seja, aumentar para 50% as crianças amamentadas em exclusivo até aos 6 meses de vida, ainda se encontra longe de atingir. Esta dificuldade tem sido associada a múltiplos fatores, que vão muito para além dos conhecimentos e práticas das mães, englobando igualmente as práticas e atitudes dos profissionais de saúde e da comunidade em geral (Bassichetto & Réa, 2008), pois é reconhecido que muitas instituições sociais e de saúde fornecem ainda serviços e cuidados que representam obstáculos tanto à iniciação, quanto à manutenção do aleitamento materno (Direção Geral de Saúde [DGS], 2014).

Amamentar pode ser uma experiência stressante para os bebés e para as mães e difícil de levar a cabo no contexto social atual, pelo que é importante compreender quais os conhecimentos e constrangimentos que as mães/famílias vivenciam face à amamentação. Neste sentido, este estudo pretende avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação e analisar a sua relação com as variáveis sociodemográficas, no sentido de serem implementadas iniciativas e programas de apoio dirigidos às diversas realidades contextuais.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prática da amamentação, pouco valorizada após o início da revolução industrial até à década de 70 do século XX, foi, sobretudo após os anos 90 retomada, com base no conhecimento científico que foi entretanto evidenciando que o leite materno é o melhor alimento para a criança (Levy & Bértolo, 2012). Assim, em Portugal, à semelhança daquilo que se observa em outros países desenvolvidos, tem-se verificado um reinvestimento na amamentação com leite materno, sendo a sua promoção considerada como uma das estratégias fundamentais para a saúde do lactente (Marinho & Leal, 2004).

Essa preocupação encontra-se ancorada, de forma consistente, nos estudos conduzidos em diversos países e que salientam as vantagens já divulgadas pela World Health Organization no ano 2000 (WHO, 2000), nas quais era espelhada a relação entre o desuso do AM e a mortalidade infantil. Segundo esta organização, os bebés alimentados exclusivamente com leite materno até os seis meses de vida, recebem a nutrição perfeita, com tudo o que é necessário para o seu crescimento e desenvolvimento cerebral saudável. Além disso, a amamentação protege contra infeções respiratórias, diarreia e outras doenças potencialmente fatais, além de obesidade, diabetes e asma. Recentemente uma pesquisa publicada no periódico The Lancet (Victora et al., 2016), reforçava os benefícios do leite materno para a saúde do bebé, pela sua associação a uma redução de 13% na probabilidade de prevalência de sobrepeso e/ou obesidade e uma redução de 35% na incidência de diabetes tipo 2.

Face a estas vantagens, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) estabeleceu como meta até ao ano 2025, aumentar para 50% a taxa de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, recomendando para isso uma série de ações a realizar em todo o mundo e sintetizadas em: limitar o marketing de fórmulas artificiais; apoiar a licença de maternidade remunerada; fortalecer os sistemas de saúde e apoiar as mães sobretudo no período inicial do estabelecimento da lactação.

Intervir em saúde, implica aproveitar os períodos críticos ou janelas de oportunidade da vida humana, o que, relativamente ao aleitamento materno, inclui conjugar e apoiar três situações: a decisão da mãe/casal de amamentar, o estabelecimento da lactação após o parto e o suporte à amamentação (Levy & Bértolo, 2012). A decisão de amamentar, sendo pessoal e sujeita a múltiplas influências, deve pressupor um processo de (in)formação e aconselhamento prévio à tomada de decisão da mãe/casal, sendo esta tarefa um dever dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros.

O estabelecimento da lactação encontra-se intimamente ligado às práticas hospitalares, associadas, sobretudo, ao período peri-parto, cujas rotinas podem influenciar positiva ou negativamente o AM. Neste âmbito a iniciativa hospital amigos dos bebés divulgou num comunicado conjunto da OMS/UNICEF 10 medidas importantes para o sucesso do aleitamento materno e que deveriam ser implementadas nos serviços de saúde que prestam assistência a grávidas e recém-nascidos. Entre estas medidas, salienta-se a importância de iniciar, na primeira meia hora de vida do recém-nascido, o contacto pele-a-pele entre este e a mãe. Esta prática é reconhecida como tendo uma influência positiva e determinante na interação da diáde, pela estimulação sensorial que provoca, promovendo além disso a procura espontânea da mama pelo recém-nascido e o início precoce da lactação.

Por último, o suporte à amamentação implica apoiar a grávida/casal após a alta da maternidade e durante o período de



estabelecimento da lactação, etapa crítica, onde as maiores dificuldades à prática do AM ocorrem e a cooperação externa, quer da família, quer de profissionais competentes é considerada decisiva para o sucesso.

Apesar destas recomendações e do aleitamento materno ser uma área de intervenção prioritária em Saúde Pública, o principal objetivo da OMS encontra-se ainda longe de ser atingido, tal como pode observar-se nos dados difundidos por diversas investigações conduzidas em Portugal (Alarcão, Ferreira, Simões, Fernandes, & Nicola, 2012; Andrade et al., 2009; Barge & Carvalho, 2011; DGS, 2014; Pereira, 2006; Ribeiro, Morais, Santos, & Curopos, 2015; Silva, 2013; Vilas Boas, 2013) e nos dados revelados pelo Observatório do Aleitamento Materno (DGS, 2014).

O estudo de Barge e Carvalho (2011), com 162 mães, mostrou uma prevalência de 36% no AM aos 6 meses, sendo que esse foi mantido, em média, durante 5 meses. As autoras sublinharam ainda que a prevalência foi maior nas parturientes com mais idade e licenciadas, sendo inferior naquelas que frequentaram aulas de preparação para o parto. Identicamente, o estudo de Alarcão et al. (2012), no qual participaram 494 mães, mostrou que 95.8% destas iniciaram o aleitamento na maternidade, 56.7% amamentaram até aos 3 meses (33.2% em exclusivo) e 42.1% até aos 6 meses (0.9% em exclusivo). Na mesma linha, no estudo realizado por Silva (2013), com 195 mães, observou-se uma prevalência de 79.5% de AM exclusivo no primeiro mês; 63.6% no terceiro mês e de 36.4% no quinto mês. As razões apontadas para o início do aleitamento foram o reconhecimento dos benefícios para o bebé, e a maioria das mães justificou o abandono com razões subjetivas, verificando-se que o género masculino do bebé, o parto eutóxico, um maior rendimento mensal médio do agregado familiar e a experiência anterior de amamentação se constituíram como fatores associados a uma maior duração do AM exclusivo.

O Observatório do Aleitamento Materno, criado em 2010 sob iniciativa da organização Mama Mater e apoiado e financiado pela DGS, permite o registo numa base de dados (entre as primeiras da Europa), capaz de produzir indicadores sobre a prevalência do AM, conforme preconizado pela WHO. O último relatório divulgou dados de prevalência relativos aos meses entre janeiro e dezembro de 2013 (DGS, 2014), revelando que, no global das instituições participantes, 98,6% dos bebés iniciaram aleitamento materno após o nascimento, contudo apenas 76.7% o mantiveram em exclusivo até à alta da maternidade. No global, 84.1% iniciaram aleitamento materno na 1ª hora de vida e não utilizaram chupeta durante o internamento.

Por último, os registos provenientes dos Cuidados de Saúde Primários mostraram que o AM exclusivo entre a 5ª/6ª semana foi de 88.1% tendo esta percentagem declinado para 22.1% aos 5 meses de vida (DGS, 2014).

Ainda neste âmbito, Ribeiro et al. (2015) conduziram um estudo em que participaram 37 grávidas, com média etária de 27 anos (Dp=6.3). As autoras concluíram que apenas 62.2% das mães colocaram o recém-nascido à mama na primeira hora de vida, sendo referido como principal fator de não adesão a esta prática o tipo de parto e a fraca colaboração dos profissionais de saúde, mais concretamente dos enfermeiros, que nem sempre tinham disponibilidade para apoiar as mães nesta tarefa, mesmo quando a diáde reunia as condições de saúde necessárias para o efeito. No estudo apenas 24.3% das mães consideraram que se deve amamentar exclusivamente com leite materno até aos 6 meses.

Outros estudos revelaram resultados mais próximos do preconizado pela OMS, como é o caso da investigação levada a cabo por Coelho (2015), junto de 63 mães, que mostrou que 95% faziam AM à data da alta, descendo para 57% aos 6 meses e 38% aos 12 meses, sendo que as aulas de preparação para o parto, a idade e escolaridade superior das mães se mostraram associadas às taxas mais elevadas de AM.

Apesar das recomendações da OMS e da importância já reconhecida ao AM, e tal como documentado nos estudos apresentados, observa-se que as taxas de prevalência em Portugal se encontram, na sua maioria, aquém das recomendações internacionais e mesmo da meta nacional para 2010 (i.e., pelo menos 50% dos bebés deveria ser amamentado em exclusividade até aos 3 meses), sendo estes factos, o ponto de partida da presente investigação.

2. MÉTODOS

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa, descritiva, analítica e correlacional, de corte transversal.

2.1 Amostra

Participaram no presente estudo 100 mães de recém-nascidos e/ou lactentes até 1 ano de vida, internados no serviço de obstetrícia, neonatologia, pediatria e urgência de uma Unidade Local de Saúde do Norte do País. A amostra foi definida como não probabilística, por conveniência.

As mães apresentavam uma idade mínima de 16 anos e máxima de 43 anos, com uma média de 30.77 anos (Dp= 6.356 anos), com predomínio do grupo etário dos 26-36 anos (60%).



2.2 Instrumentos de recolha de dados

Para a obtenção dos dados utilizou-se um questionário, desenvolvido por Azevedo e Sousa (2014), tendo sido solicitada autorização prévia à autora para a sua utilização. Trata-se de um questionário de autoaplicação, composto por seis grupos de questões, sendo que no presente artigo apenas se apresentam os dados relativos a três grupos. No 1º grupo incluem-se questões de caracterização sociodemográfica e obstétrica, sendo o 2º grupo composto por questões sobre o aleitamento materno e o 3º integra perguntas que pretendem avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação. A estas questões foi atribuída uma cotação numérica de 1 ponto para as respostas corretas e 0 pontos para as respostas incorretas, oscilando o score entre 0 e 17 pontos. A classificação foi efetuada a partir dos pontos de corte dos conhecimentos globais das mães, obtidos pela identificação dos percentis: percentil 25 fracos conhecimentos, o percentil 50 conhecimentos moderados e o percentil 75, bons conhecimentos.

2.3 Requisitos

As mães que estavam a acompanhar os filhos até 1 ano de vida internados num dos serviços referidos e que acederam participar no estudo.

2.4 Procedimentos

A realização do estudo salvaguardou, nos diferentes momentos do processo, os princípios ético-deontológicos consignados na Declaração de Helsínquia e na legislação em vigor que rege a pesquisa com seres humanos. Assim, foi solicitado o pedido de autorização para desenvolvimento do estudo ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte, tendo este sido avaliado pela Comissão de Ética da instituição. A recolha de dados foi iniciada após assinatura do consentimento informado pelas mães que aceitaram participar no estudo, após garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, bem como salvaguardada a natureza voluntária da sua participação.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences® IBM® SPSS), versão 22 para Windows. Utilizou-se a estatística descritiva para estruturar a informação numérica e obter-se uma imagem geral das variáveis medidas e a estatística inferencial para estudo da sua relação, com recurso aos testes não paramétricos e considerando-se o nível de significância de $p < .05$.

3. RESULTADOS

Os principais resultados descritivos desta investigação, mostraram que 75% das mães eram casadas ou viviam em união de facto, tinham em média 1.65 filhos ($Dp=0.845$), oscilando entre 1 e 6 filhos, 84% residiam em meio urbano e 40% possuía como escolaridade o ensino secundário. Em termos obstétricos, 46% das mães teve uma gravidez normal, em 97% vigiada, para 56% o parto foi distóxico (48% cesarianas) e 91% tiveram parto de termo. Encontravam-se a amamentar 86% das mães inquiridas (62.9% em AM exclusivo) e das que já não o faziam, 71.4% justificou não ter leite.

Relativamente à experiência prática de AM, 93% das mães reconhece ter sido informada sobre esse assunto, sobretudo pelos enfermeiros (90.3%), no Centro de Saúde (69.9%) e 39.8% durante as aulas de preparação para o parto.

Consideraram possuir bons conhecimentos sobre amamentação 50% das mães, contudo a classificação do nível de conhecimentos com base nos indicadores, revelou que apenas 39% possuía, na verdade, bons conhecimentos globais sobre amamentação e 29% e 32%, respetivamente, conhecimentos moderados e fracos.

Detalhando os indicadores de classificação do nível de conhecimentos das mães, salienta-se que 93% considerou que o início da amamentação deveria acontecer na primeira hora de vida do bebé, enquanto para 14% a hora de início não seria importante. A duração da amamentação exclusiva deveria ser, segundo 28% das mães até aos 6 meses, enquanto para 25% “até o bebé querer”.

Relativamente às afirmações sobre as características do leite materno, constatou-se que 93% das mães assinalaram corretamente a sua composição e as particularidades imunológicas, 79% as implicações do estresse no AM, 66% as vantagens do leite materno para a mãe e 64% a relação do leite materno com a alimentação materna. Apenas 45% referiu as vantagens para o bebé e 3% defenderam que o leite artificial é mais completo. Nas questões sobre o horário da amamentação, observou-se que 62% das mães considerou correto amamentar de 3 em 3 horas, contrapondo 58% que considerou correto fazê-lo quando o bebé manifesta fome, e 61% assinalaram que a mamada termina quando o bebé parar. Ofereceram chupeta ao seu filho logo na maternidade 56% das mães e 51% admitiram que a chupeta ou o biberão não desfavorece a amamentação.

Da relação entre as variáveis sociodemográficas maternas e os conhecimentos sobre a amamentação, verificou-se ordenações



médias mais elevadas nas mães entre 26-36 anos ($OM=54.96$), contudo sem relevância estatística ($X2=3.792$; $p=.15$), assim como nas mães do meio rural ($OM=58.00$; $UMW=552.000$; $p=.25$) e casadas ($OM=52.39$), igualmente sem diferenças estatísticas significativas ($UMW=795.500$; $p=.25$).

Na relação com a escolaridade, verificou-se ordenações médias mais elevadas e estatisticamente significativas nas mães com ensino superior ($OM=66.31$; $X2=17.828$; $p=.00$), indicando que o nível de conhecimentos é dependente da escolaridade da mãe.

Para 80% das mães a experiência de amamentar o seu filho pela primeira vez, correspondeu às suas expectativas e 56.1% caracterizou essa experiência como muito agradável.

4. DISCUSSÃO

Apesar de identificadas algumas limitações de natureza metodológica, nomeadamente no tamanho e natureza da amostra, a presente investigação permitiu uma maior compreensão do fenómeno em estudo, relativa aos conhecimentos das mães face ao aleitamento materno, bem como do impacto das variáveis sociodemográficas nesses conhecimentos.

Do ponto de vista dos resultados descritivos, observou-se que 50% das mães autopercecionou-se com bons conhecimentos sobre amamentação, todavia, apenas 39% foi classificada nesse nível. A diferença entre a autoperceção e a realidade encontra-se bem presente em alguns estudos neste âmbito (Andrade et al., 2009), onde é patente que persistem, quer nas mães, quer nos próprios profissionais ideias/attitudes dependentes do contexto cultural e crenças sobre o aleitamento materno.

A maioria das mães considerou que o início do aleitamento materno deve acontecer na primeira hora de vida do bebé, o que vai ao encontro do defendido por diversos autores (DGS, 2014; Ribeiro et al., 2015; WHO, 2003), que têm vindo a sublinhar que amamentar precocemente o bebé é fundamental, pois mesmo na falta de sucção eficaz imediatamente após o parto, o facto de contactar pele-a-pele com a mãe, revela-se de extrema importância na sua adaptação metabólica, estimulação dos laços afetivos e no ajuste tranquilo da mãe aos sinais comportamentais do bebé, aumentando desta forma a sua confiança (Galvão, 2006).

Da mesma forma, os resultados indicaram bons conhecimentos relativos à composição do leite materno, particularmente das suas propriedades imunológicas, pois a maioria das mães assinalou a resposta correta. O reconhecimento da composição do leite materno poderá ser um forte aliado na decisão de amamentar, já que suporta as suas inúmeras vantagens, não apenas para o bebé, mas também para a mãe, família e ambiente, tal como defendem diversos estudos (Aguilar & Silva, 2011; Silva, 2013; WHO, 2000). Estes resultados comprovam que informação sobre aspetos decisivos para o sucesso da amamentação é uma realidade. Nesta investigação 90,3% das mães referiu que a informação neste âmbito lhes foi transmitida por enfermeiros, o que sublinha a importância deste profissional nesta área de atuação. Na verdade, o enfermeiro detém a responsabilidade de transmitir, de forma adequada e ajustada, os conhecimentos relativos à amamentação, pelo que ele próprio, enquanto promotor e apoiante da AM, deve ter (in)formação consistente e competências neste campo de atuação (Bassichetto & Réa, 2008).

Porém, no que respeita a outras questões práticas, nomeadamente do horário, duração da amamentação e oferta da chupeta precocemente, indicam que persistem ainda atitudes e práticas não recomendadas atualmente. Especificamente, os resultados revelaram que apenas 28% das mães considera adequada uma amamentação exclusiva até aos 6 meses, tal como no estudo de Ribeiro et al. (2015) e 62% defendeu a amamentação de 3 em 3 horas. Contudo, 61% assinalou que a mamada termina quando o bebé parar e 58% que considera correto dar de mamar quando o bebé tiver fome.

O horário rígido de amamentar, tal como a oferta da chupeta logo após o nascimento, estão ainda muito enraizados na população, apesar de diversos estudos (Galvão, 2006; Levy & Bértolo, 2012; Pereira, 2006) considerarem que podem interferir com a produção de leite e provocar nipple confusion (confusão entre a chupeta e o mamilo da mãe), logo, dificultar o estabelecimento da lactação. Nos primeiros dias de vida, os bebés dormem a maior parte do tempo, e nos períodos de vigília por norma querem mamar (Vilas Boas, 2013). Neste contexto, estabelecer um esquema rígido em termos de horário e duração da mamada não é recomendável, já que altera invariavelmente o descanso do bebé. Assim, sobretudo nas primeiras semanas de vida, a mãe deve ser encorajada a amamentar o seu filho sempre que este está acordado e manifeste sinais de fome.

Por outro lado, a amamentação exclusiva até aos 6 meses implica não oferecer qualquer outro alimento sólido ou líquido até essa idade, contudo, diversos estudos aportam que a introdução do biberão e de outros alimentos precocemente é uma realidade e pode conduzir a um desmame precoce (Alarcão et al., 2012; DGS, 2014; Vilas Boas, 2013). Limitações de ordem social, como o regresso precoce ao trabalho por parte da mãe, a ênfase nos ganhos/perdas ponderais do bebé e outras crenças, criam habitualmente insegurança e desmotivação nas mães. A sociedade atual encontra-se organizada de forma que não protege suficientemente a maternidade, pois nem sempre proporciona condições de vida e de trabalho compatíveis com a função de mãe e de mulher (Vilas Boas, 2013; WHO, 2003).



O estudo indicou ainda que os conhecimentos são significativamente mais elevados nas mães com ensino superior e, embora sem significância, nas que tinham entre 26-36 anos, casadas e vivendo no meio rural. Apesar da não relação linear entre os conhecimentos e a prevalência ou continuidade do AM, estes resultados podem associar-se ao de Barge e Carvalho (2011) e Coelho (2015), onde a prevalência do AM era superior nas mães licenciadas, ou mesmo ao de Silva (2013), que indica que a duração do AM está associada a contextos sociais mais favoráveis.

CONCLUSÕES

O presente estudo teve como principais objetivos avaliar os conhecimentos das mães sobre a amamentação e analisar a sua relação com as variáveis sociodemográficas. Os resultados encontrados, tal como os de outros autores, evidenciam que as mães com maior nível de escolaridade estão mais esclarecidas sobre esta temática, mas que persistem crenças e atitudes que podem dificultar o sucesso do aleitamento materno, pelo que estes resultados se devem assumir como um ponto de partida para o investimento numa prática dirigida a diminuir as assimetrias entre as atitudes e crenças e o conhecimento científico atual. De facto, as medidas de promoção, proteção e suporte à prática do aleitamento materno devem servir de apoio às mães, e dirigir-se às suas reais necessidades, já que se constata que as mães apoiadas neste processo tendem a sentir-se encorajadas para o manterem.

Neste âmbito, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde de maior proximidade, deverá assumir um papel fundamental no desenvolvimento prático de programas de educação em saúde, procurando preparar a mulher e a família para uma adaptação tranquila e serena ao processo de amamentação, maximizando os seus conhecimentos e práticas e consequentemente a saúde do seu bebé. A ligação entre o conhecimento do profissional e o da mãe não é linear. O uso de estratégias que permitam personalizar cada abordagem às reais expectativas e conhecimentos da mulher é fundamental, devendo o enfermeiro estar preparado para modificar a sua rotina, postura e atitudes, de forma a adaptar-se à diversidade de interlocutoras que tem à sua frente.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos: À Instituição de Saúde que autorizou a aplicação do questionário no Serviço de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria e Urgência, bem como a todas as mães participantes

Fontes de financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, H., & Silva, A. (2011). Aleitamento materno: A importância de intervir. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 889-896.

Alarcão, V., Ferreira, I., Simões, R., Fernandes, M., & Nicola, P. (2012). Fatores relacionados com o aumento da prevalência e exclusividade do aleitamento materno em Portugal nos primeiros seis meses de vida. *Revista SPCNA*, 18(2), 53.

Almeida, N., Fernandes, A., & Araújo, C. (2004). Aleitamento materno: Uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 6(3), 358-367.

Andrade, M., Oliveira, M., Bezerra Filho, J., Bezerra, M., Almeida, L., & Castro e Veras, M. (2009). Desmame precoce: Vivência entre mães atendidas em unidade básica de saúde em Fortaleza-Ceará. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(1), 104-113.

Barge, S., & Carvalho, M. (2011). Prevalência e fatores condicionantes do aleitamento materno: Estudo ALMAT. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 518-525.

Bassichetto, K., & Réa, M. (2008). Aconselhamento em alimentação infantil: Um estudo de intervenção. *Jornal de Pediatria*, 84(1), 75-82.

Coelho, A. M. G. (2015). *Prevalência e fatores determinantes para aleitamento materno no Vale Tâmega e Sousa* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=529242

Galvão, D. M. (2006). *Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.

Lawrence, R., & Lawrence, R. (2016). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

Lourenço, R. (2009). Aleitamento materno: Uma prioridade para o século XXI. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 344-346.

Marinho, C., & Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: Um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Revista Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 93-105.

Pereira, M. A. (2006). *Aleitamento materno: Importância da correção da pega no sucesso da amamentação: Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2014). *Registo do aleitamento materno, RAM: Relatório de janeiro a dezembro de 2013*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iv-relatorio-com-os-dados-do-registo-do-aleitamento-materno-2013.aspx>

Ribeiro, M., Morais, A., Santos, E., & Curopos, L. (2015, Abril). *Adesão à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido*. Poster apresentado nas VIII Jornadas sobre Tecnologia e Saúde, Guarda, Portugal. Acedido em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11788/1/Aleitamento_poster_1hora%20vida.pdf

Silva, T. (2013). Aleitamento materno: Prevalência e fatores que influenciam a duração a sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(5), 223-228.

Vilas-Boas, J.M. O. (2013). *Educar para cuidar: O papel do enfermeiro de família na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <http://hdl.handle.net/1822/29228>

Victora, G., Bahl, R., Barros, A., França, G., Horton, S., Krusevec, J., ... & Rollins, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.

World Health Organization. (2000). Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: A pooled analysis. *Lancet*, 5, 355, 451-455.

World Health Organization (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Genebra: World Health Organization, UNICEF.

Millenium, 2(ed espec nº1), 33-39.

EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES SOBRE A DOR NA CRIANÇA

CAREGIVER'S EXPERIENCES ABOUT CHILDREN'S PAIN

EXPERIENCIAS DE LOS CUIDADORES SOBRE EL DOLOR EN LOS NIÑOS

Isabel Silva¹

Ernestina Silva²

Maribel Carvalhais³

Daniel Silva²

¹CHBV, E.P.E. Aveiro, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Portugal

³Escola Superior de Enfermagem Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, Portugal



RESUMO

Introdução: O alívio da dor é uma das maiores preocupações dos cuidadores das crianças (Rossato, Angelo & Silva, 2007). Apesar dos indicadores comportamentais que os cuidadores identificam, existem ainda algumas dificuldades para a avaliação e adoção de medidas de alívio da dor na criança (Bernardes & Castro, 2010).

Objetivo: Identificar as experiências dos cuidadores face à dor na criança que recorre ao serviço de urgências.

Métodos: Estudo qualitativo, exploratório-descritivo e fenomenológico, numa amostra de 16 cuidadores de crianças com idades entre os 3 e os 10 anos, que recorreram ao Serviço de Urgências Pediátricas de um Centro Hospitalar da Zona Centro de Portugal, entre fevereiro e março de 2016, por situação de dor. Utilizamos a entrevista semiestruturada e efetuamos análise de conteúdo.

Resultados: A dor musculosquelética e a relacionada com otorrinolaringologia são apontadas como motivo de ida à urgência por 44.1% dos pais. As queixas álgicas e as alterações de movimentos e posturas corporais são os significados de dor que os pais mais referem (31.5%). As medidas farmacológicas foram referidas em 69.3%, sendo a combinação destas e das medidas não farmacológicas referidas por 25.2%. Apuramos que 50% dos cuidadores não têm informação suficiente para administrar medicação à criança com dor.

Conclusões: Com o estudo ficamos a compreender as experiências dos pais no cuidar da criança com dor. É necessário melhorar a capacitação dos pais nos processos de transição à doença e aumentar o nível de literacia sobre a dor, dando maior ênfase ao papel do enfermeiro nestas áreas.

Palavras-chaves: Criança; Cuidadores; Dor

ABSTRACT

Introduction: The pain relief is one of the principal concerns of the caregivers of children (Rossato, Angelo & Silva, 2007). Despite the fact that behavior indicators that caregivers identify, still exists some difficulties to evaluate and adopt measures on pain relief on children (Bernardes & Castro, 2010).

Objective: Identify the experiences of caregivers about pain on children that make use of the urgency services.

Methods: Qualitative study, descriptive-exploratory and phenomenological, on a sample of 16 caregivers with children on ages between 3 and 10 years old, that make use of the Pediatric Urgency Services of a Hospital Center at the Central Zone of Portugal, between February and march of 2016, on pain situation. We use a semistructured interview and made content analysis.

Results: Muscular-skeletal and otorhinolaryngological pain are among the causes to make use of urgency services to about 44.1% of the parents. Algetic complaints and corporal movement and posture alterations are the signals of pain referred by parents (31.5%). Pharmacological measures where pointed by 69.3%, about 25.2% of interviewed parents made use of combinations of pharmacological an nonpharmacological measures. We find that 50% of the caregivers don't have enough information to give medication to children with pain.

Conclusions: With this study we understand the experiences of the parents on children with pain care. Is necessary increase the capacitation of the parents on the processes of transition of the disease and increase the level of available literature, giving more emphasis on the nurse rule on these areas.

Keywords: Child; Caregivers; Pain

RESUMEN

Introducción: El alivio del dolor es una de las mayores preocupaciones de los cuidadores de niños (Rossato, Angelo & Silva, 2007). A pesar de los indicadores de comportamiento que los cuidadores identifican, aún existen algunas dificultades para la evaluación y adopción de medidas de alivio del dolor en los niños (Bernardes & Castro, 2010).

Objetivo: Identificar las experiencias de los cuidadores frente al dolor en los niños que recurren al servicio de urgencias.

Métodos: Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo y fenomenológico, en una muestra de 16 cuidadores de niños con edades comprendidas entre los 3 y los 10 años, que recurrieron al Servicio de Urgencias Pediátricas de un Centro Hospitalario de la Zona Centro de Portugal, entre febrero y marzo de 2016, por situaciones de dolor. Utilizamos una entrevista semiestructurada y efectuamos análisis de contenido.

Resultados: El dolor musculo-esquelético y la relacionada con la otorrinolaringología son señaladas como motivo para acudir a urgencia por 44.1% de los padres. Las quejas álgicas y las alteraciones de movimientos y posturas corporales son las señales de dolor que los padres más refieren (31.5%). Las medidas farmacológicas fueron señaladas en 69.3%, siendo la combinación de estas y de medidas no farmacológicas señaladas por 25.2%. Encontramos que 50% de los cuidadores no tienen información suficiente para administrar medicamentos a los niños con dolor.

Conclusiones: Con el estudio hemos comprendido las experiencias de los padres en el cuidado de los niños con dolor. Es necesario mejorar la capacitación de los padres en los procesos de transición de la enfermedad y aumentar el nivel de literatura sobre el dolor, dando mayor énfasis al papel del enfermero en estas áreas.

Palabras clave: Discapacidad; La paternidad; Apoyo social



INTRODUÇÃO

As experiências e relatos de dor existem desde o início dos tempos bem como a necessidade da sua compreensão e tratamento. Ao longo dos anos, o conceito médico acerca da dor foi evoluindo de um modelo completamente sensitivo para outro psicogénico, na convicção de que as pessoas cronicamente doentes passariam melhor se fossem informadas acerca da sua doença, submetidas a técnicas de abordagem psicológica e anti-stress e apoiadas quer individualmente quer em grupo, principalmente quando associados aos tradicionais modelos de terapêutica biomédica.

Em ambiente hospitalar a dor é uma constante, sendo um dos principais motivos pelos quais as crianças recorrem aos serviços de urgência. De acordo com Batalha (2010, p.20) “os enfermeiros reconhecem a evidência de que a avaliação da dor é o primeiro passo para o seu eficaz controlo”, sendo que esta se torna ainda mais complexa consoante as diferentes faixas etárias. Cabe, pois, aos profissionais de saúde avaliar a dor e perceber a sua fisiologia, mas é também fundamental a percepção da dor por parte os cuidadores, uma vez que estes interagem com a criança diariamente, conhecendo a sua forma de comunicar, expressões faciais, entre outras características que importam na avaliação da dor. Não obstante, a experiência hospitalar e alguns investigadores demonstram que nem sempre os cuidadores atentam à dor na criança, procurando minimizá-la com a administração de analgésicos (Rony, Fortier, Chorney, Perret & Kain, 2010).

Neste contexto, reconhecemos que os enfermeiros que trabalham com crianças e seus cuidadores têm um papel preponderante na avaliação e controle da dor. Assim, definimos como objetivos deste estudo identificar as experiências dos cuidadores face à dor na criança que recorre ao serviço de urgências.

A finalidade deste estudo consiste em fornecer pistas no sentido de melhor se compreenderem as experiências dos pais no cuidar da criança com dor, melhorar a capacitação dos pais nos processos de transição à doença e aumentar o nível de literacia sobre a dor.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

É hoje comummente aceite que o conceito de dor abrange componentes físicos e emocionais (Bidarro, 2010 cit por Moreno, 2011).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.50) define dor como “...aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.

A dor como doença ou sintoma assume-se como um dos principais motivos de preocupação de crianças e cuidadores, sendo o seu controlo prioritário, por razões éticas, clínicas e económicas. Por outro lado, o direito a não sofrer é inerente a todas as pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar (Batalha, 2013). A falta de informação acerca da dor em crianças é patente, não só em Portugal, como globalmente (Queiroz, Nascimento, Leite, Santos, Lima & Scochi, 2007). Uma possível justificativa é a falta de comunicação e credibilidade das crianças, pois distinguir os choros de medo, angústia e dor nem sempre é tarefa fácil.

As crianças exprimem a dor de uma forma muito diferente comparativamente ao adulto. Esta expressão pode variar de choro, gritos até agitação. Chorar e gritar não implica necessariamente grande sofrimento. A criança tende a proteger a zona dolorosa, indicando aos adultos o possível problema ou que ajuda também no diagnóstico. “Perante uma dor aguda ou dor que persiste há algum tempo, a criança deixa de chorar e de agitar-se, desinteressa-se dos outros e deixa de brincar. O corpo torna-se mole e inerte, a criança fica como que paralisada, a que os médicos chamam de atonia psicomotora” (Campos, 2004 cit por Moreno, 2011).

Uma dor não aliviada representa para a criança o ter sido deixada só e sem cuidados, ou seja, abandonada pelos seus cuidadores. “Para elas ter dor é estar sozinha, abandonada por todos, mesmo pelos seus pais, apesar de estarem sempre ao seu lado” (Moreno, 2011, p.20).

2. MÉTODOS

A nossa opção metodológica enquadra-se no método de investigação qualitativa, exploratório-descritiva e de cariz fenomenológico. Assim sendo, centramo-nos nos depoimentos e relatos dos cuidadores através de entrevistas semi-estruturadas.



2.1 Amostra

Amostra constituída por 16 cuidadores de crianças com idades entre os 3 e os 10 anos, que recorreram ao Serviço de Urgências Pediátricas de um Centro Hospitalar da Zona Centro de Portugal, entre fevereiro e março de 2016. Para a selecção dos participantes recorremos à amostragem não probabilística, intencional. Verificamos que a média de idades das crianças é de 7.4 anos ($\pm 2,60$), sendo 8 crianças do sexo feminino e o mesmo número do sexo masculino. A caracterização dos participantes cuidadores revelou que 5 (32%) são sexo masculino e 11 (68%) do sexo feminino, dos quais 62.5% são mães das crianças. No que diz respeito à idade, os participantes têm idades compreendidas entre os 22 e os 54 anos, sendo a média das idades os 39 anos. Quanto ao estado civil dos cuidadores apuramos que 25% são casados. Relativamente ao nível de escolaridade, 37.5% possuem o Ensino Secundário e 25% o 3º Ciclo. No que se refere ao estado ocupacional constatamos que 68.8% são profissionalmente ativos.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados utilizamos a entrevista semiestruturada, elaborada pelo investigador e encontra-se dividida em três partes: a primeira foi constituída por duas questões referentes à caracterização sociodemográfica da criança (sexo e idade); a segunda parte foi constituída por cinco questões referentes à caracterização sociodemográfica dos cuidadores (grau de parentesco, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias e estatuto ocupacional); a terceira parte foi constituída por sete questões direcionadas à concretização do objectivo do estudo. As entrevistas foram realizadas na sala de acolhimento do serviço de urgências, em ambiente sossegado, livre de perturbações e tiveram uma duração média de 10 minutos.

2.3 Requisitos

Definimos como critérios de inclusão dos participantes na amostra o serem cuidadores de crianças com idades entre os 3 e os 10 anos e que o motivo de ida ao serviço de urgências pediátricas fosse por situação de dor.

2.4 Procedimentos

A amostra foi constituída pelos cuidadores que voluntariamente aceitaram participar no estudo, após ter sido fornecido o consentimento informado. Foi explicado o objectivo do estudo e garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados. Foi obtida a autorização pelo Presidente do Conselho de Administração do hospital, após parecer favorável da Comissão de Ética.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e submetidas a análise de conteúdo por três juízes independentes, o investigador e duas enfermeiras especialistas. Neste processo considerou-se a revisão da literatura e a investigação na área da dor em pediatria, procurando captar a percepção e atribuição de significados pelos cuidadores às experiências de dor na criança. Procedeu-se à leitura repetida da transcrição integral das entrevistas para efetuar a categorização dos dados e atribuir as respetivas unidades de enumeração e percentagens.

3. RESULTADOS

Da análise de conteúdo das entrevistas apuramos que os tipos de dor na criança referidos pelos cuidadores e que motivaram a sua vinda ao hospital se agrupam em três categorias relacionadas com dor musculosquelética, dor abdominal e dor relacionada com otorrinolaringologia. Salienta-se que a dor musculosquelética e a relacionada com otorrinolaringologia são referidas maioritariamente pelos cuidadores (44.1%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipos de dor na criança

Categorias	Indicadores	UE	%
Dor Musculosquelética	Dor lombar Dor na perna Dor nos músculos Dor na grelha costal Dor no joelho Dor no tórax	7	44.1



Dor abdominal	Dor de barriga	2	12.6
	Dor de garganta		
Dor relacionada com otorrinolaringologista	Dor de ouvidos	7	44.1
	Dor de cabeça e garganta		

No que diz respeito aos indicadores de avaliação de dor na criança referidos pelos cuidadores, verificou-se que a alteração da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização e as alterações de movimentos e posturas corporais são os mais apontados (31.5%). Salienta-se, ainda, que a conjugação destes dois indicadores foi também referida (12.6%). Para 6.3% dos participantes o indicador fisiológico relatado pelos cuidadores foi a ocorrência de febre.

Quanto às medidas tomadas para alívio da dor na criança a maioria dos cuidadores (75%) referiu que utiliza medidas farmacológicas. A combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas é também utilizada, nomeadamente a administração de medicação e a aplicação de gelo associada à massagem (25.1%). A maioria dos inquiridos (85.7%) referiu que utiliza a combinação da administração de analgésico/antipirético, sendo o Brufen e Brufen + Ben-u-ron os mais frequentes.

Entre as razões apontadas para não administrar medicação analgésica, 50% dos cuidadores refere não ter conhecimento suficiente para administrar medicação à criança com dor. Uma das expressões que extraímos dos discursos refere: "Não sei o que tem... não sei como agir" (M12). A falta de contato com a experiência dolorosa na criança e ter informações prévias neste âmbito são também motivos apontados: "Não sei o que se passa e tenho que ir ao hospital..." (M1).

Relativamente à frequência com que recorrem ao serviço de urgência por motivo de dor na criança, 63.7% dos inquiridos responderam que o faziam 2 a 6 vezes por ano.

Os participantes que possuem como habilitação literária a licenciatura são os que maioritariamente não administram medicação à criança quando esta refere dor. Os cuidadores que possuem o ensino secundário são os que com maior frequência administraram analgésicos.

Verificamos ainda que são os cuidadores mais novos, os casados, a mãe e os laboralmente ativos que administram com maior frequência medicação para alívio da dor. Os cuidadores com mais idade não administram analgesia por recorrerem a medicação homeopática ou por só o fazerem com indicação médica. O grupo das crianças que os cuidadores mais administram medicação para alívio da dor é o dos 9 e 10 anos.

4. DISCUSSÃO

O tipo de estudo e o tamanho da amostra não nos permitem generalizar resultados, no entanto os dados refletem uma realidade muito específica no que concerne às experiências dos cuidadores face à dor na criança entre os 3 e os 10 anos de idade que recorre ao serviço de urgências.

Iremos de seguida realçar os principais aspetos do nosso estudo e discutir os resultados obtidos, contudo constatou-se que há um reduzido número de estudos de investigação nesta área de intervenção, o que aporta limitações na fundamentação da análise crítica dos resultados. Tendo em conta a ordem através da qual se processou a apresentação dos resultados, procedeu-se de uma forma sequencial idêntica na sua discussão.

Os tipos de dor na criança referidos pelos cuidadores e que motivaram a sua vinda ao hospital são os relacionados com dor musculosquelética (44.1%), dor abdominal e dor do foro da otorrinolaringologia (44.1%). Não nos surpreendem estes dados pois, nestas faixas etárias, as quedas e lesões podem estar na origem da dor musculosquelética e também os transtornos da garganta são frequentes.

No que respeita aos indicadores comportamentais sugestivos de dor, identificados pelos cuidadores na criança, verifica-se que uma grande parte dos entrevistados (31.5%) considera a alteração da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização como o indicador mais frequente. Na mesma percentagem (31.5%) surgem as alterações de movimentos e posturas corporais. Estes dados corroboram com o estudo de Teixeira, Yeng, Garcia, Fonoff, Paiva & Araujo (2011) ao referirem que a observação da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização, de expressões faciais de sofrimento, de movimentos e posturas corporais, de atividades de vida diárias e de vida prática e do estado de humor são indicadores comportamentais que indicam se a criança apresenta ou não dor.

Para 6.3% dos participantes a dor na criança é um dos indicadores fisiológicos do estado de saúde e o indicador fisiológico relatado pelos cuidadores foi a ocorrência de febre. Nair & Neil (2013) e Silva (2012) afirmam que nos indicadores fisiológicos incluem-se o

aumento da frequência cardíaca, da pressão sanguínea, das necessidades de oxigénio, a pele marmoreada ou pálida, sudorese e diminuição da saturação de oxigénio.

Quanto às medidas a adotar quando a criança refere dor, a maioria dos cuidadores (75%) referiu que utiliza medidas farmacológicas, nomeadamente a administração de medicação para alívio da dor, sendo os analgésicos/antipiréticos e anti-inflamatórios a medicação mais utilizada (85.7%). Na revisão da literatura, constatou-se que o tratamento farmacológico para alívio da dor é culturalmente supervalorizado pelos profissionais e pelos pais (Kanai & Fidelis, 2010). Há ainda evidência que as motivações para a automedicação estão muitas vezes relacionadas ao alívio de sintomas como hipertermia, febre e dor. Estudos apontam que as principais classes terapêuticas utilizadas em crianças são anti-inflamatórios não-esteróides, analgésicos e antibióticos (Pfaffenbach, 2010).

Verificamos que 25.1% dos cuidadores relatam também a combinação de medidas farmacológicas e não farmacológicas nomeadamente a administração de medicação e a aplicação de gelo associada à massagem. Como é referido por Gaspardo (2006 cit por Mota, 2011) as intervenções não farmacológicas, ambientais e comportamentais são um recurso de tratamento da dor, isolada ou conjuntamente com intervenções farmacológicas, de forma a potenciar os seus efeitos. É de salientar que no estudo efetuado por Silva, Tacla & Rossetto (2010) as presentes medidas, são utilizadas espontaneamente, sem incentivo dos profissionais de saúde.

Para Dias, Oliveira, Enumo, & Paula (2013) existem 6 tipos de medidas não farmacológicas: comportamental, cognitiva, cognitivo-comportamental, física ou periféricas, suporte-emocional e ambiental. Neste estudo as medidas não farmacológicas utilizadas situaram-se apenas em ações físicas ou periféricas: massagem e aplicação de gelo.

Quando questionados acerca das razões para não utilizarem medidas de controlo/alívio da dor na criança, os cuidadores (50%) mencionam não possuírem conhecimento suficiente para administrar medicação analgésica à criança, referindo: "Não sei o que tem; Não sei como agir". Contrariando o estudo de Beckhauser, Souza, Valgas, Piovezan & Galato (2010) que relata que os cuidadores possuem informação insuficiente e incongruente sobre as medidas farmacológicas, contudo, adotam a automedicação como estratégia no alívio da dor na criança, no presente estudo constata-se que, a maior parte dos cuidadores não utiliza medidas farmacológicas para controlo/alívio da dor por considerarem não possuir informação suficiente.

Constatou-se que o maior número de cuidadores que não administra medicação à criança quando esta refere dor são os licenciados. Na literatura não há evidência científica acerca deste aspeto, contudo, sabe-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o grau de literacia esperado por parte dos cuidadores para percecionar e atuar face à dor na criança.

Verificamos ainda que são os cuidadores mais novos, os casados, a mãe e os laboralmente ativos que administraram com maior frequência medicação para alívio da dor. Os cuidadores com idades iguais ou superiores a 50 anos maioritariamente não administraram analgesia por recorrerem a medicação homeopática ou por só o fazerem com indicação médica.

São as crianças dos 9 e 10 anos a quem os cuidadores mais administraram medicação para alívio da dor. Nestas idades as queixas são mais objectivas e o receio dos cuidadores em administrar medicação é menor do que nas crianças mais novas.

CONCLUSÕES

Em jeito de conclusão destacamos que a dor é uma experiência individual, influenciada por múltiplos fatores pessoais, culturais e sociais, expetativas e estados emocionais. O cuidar da criança com dor exige mais do que uma simples abordagem, exige uma intervenção muito mais complexa e abrangente capaz de envolver todos estes componentes. A criança com dor exige do cuidador, mas também dos enfermeiros, uma atenção extrema e uma aptidão e sensibilidades especiais para a sua avaliação e controle.

Com base nesta investigação e relativamente as experiências que os cuidadores relataram acerca da dor na criança, constata-se que muito há ainda para investir nesta área. Sendo o cuidador o referencial para a criança, promovendo-lhe a proteção e o afeto, é importante preservar este sentimento entre estes dois intervenientes. A importância do enfermeiro neste contexto centra-se na promoção da parentalidade e capacitação dos cuidadores para os processos de transição à doença, bem como na educação dos cuidadores na melhoria dos seus conhecimentos. São aspectos a referir o efeito dos analgésicos no controle e alívio da dor na criança, doses a administrar, desmistificar falsas crenças e esclarecer dúvidas e dificuldades.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra causada pela indisponibilidade manifestada por parte de alguns dos cuidadores e relacionada com o meio/situação em que se encontravam. Contudo, o método de recolha de dados é rico, permitiu a expressão livre dos participantes e pode esclarecer alguns limites. Como perspetivas de pesquisas futuras, seria interessante ultrapassar estas limitações e recolher dados noutras serviços de urgências pediátricas de outros centros hospitalares.



CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm nenhum conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

A todos os cuidadores que gentilmente e com amabilidade participaram nas entrevistas e a todos os que contribuíram para a concretização deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista Referência*, 3(2), 73-80.

Batalha, L. M. C. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: Uma década. *Saúde & Tecnologia, Supl.*, e16-e21. Acedido em http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf

Beckhauser, G., Souza, J., Valgas, C., Piovezan, A. & Galato, D. (2010). Utilização de medicamentos na pediatria: A prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), 262-268.

Bernardes, B., & Castro, E. (2010). Dor abdominal recorrente na criança como sintoma da família. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 217-226.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Dias, T., Oliveira, C., Enumo, S., & Paula, K. (2013). A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. *Psicologia USP*, 24(3), 391-411.

Kanai, K., & Fidelis, Z. (2010). Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. *Revista Dor*, 11(1), 20-27.

Moreno, E. A. C. (2011). *O alívio da dor na criança submetida a punção venosa periférica: Utilização de creme anestésico*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1520>

Mota, A. M. G. C. (2011). *A dor na criança e família* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Nair, S., & Neil, M. J. E. (2013). Dor pediátrica: Fisiologia, avaliação e farmacologia: Tutorial de anestesia da semana. Acedido em http://grofsc.net/wp/wp-content/uploads/2013/07/Dor_pedi%C3%A1trica.pdf

Pfaffenbach, G. (2010). Automedicação em crianças: Um problema de saúde pública. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(3), 260-261.

Queiroz, F., Nascimento, L., Leite, A., Santos, M., Lima, R., & Scochi, C. (2007). Manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: Em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(1), 87-91.

Rony, R., Fortier, M., Chorney, J., Perret, D., & Kain, Z. (2010) Parental postoperative pain management: Attitudes, assessment, and management. *Pediatrics*, 125(6), e1372-e1378. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20498177>

Rossato, L. M., Angelo, M., & Silva, C. A. A. (2007). Cuidando para a criança crescer apesar da dor: Experiência da família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4). Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a06.pdf

Silva, F. A. (2012). Avaliação da dor em crianças com paralisia cerebral grave e relação de características clínicas e demográficas (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/55160>

Silva, L., Tacla, M., & Rossetto, E. (2010). Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem*, 14(3), 519-526.

Teixeira, M., Yeng, L., Garcia, O., Fonoff E., Paiva, W., & Araujo J. (2011). Failed back surgery pain syndrome: Therapeutic approach descriptive study in 56 patients. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(3), 282-287. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21691691>

Millenium, 2(ed espec nº1), 41-50.

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA SATISFAÇÃO DA CRIANÇA COM A CONSULTA DE ENFERMAGEM DA DIABETES

VALIDATION STUDY OF THE SCALE CHILD'S SATISFACTION WITH THE DIABETES NURSING CONSULTATION

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA SATISFACCIÓN DEL NIÑO CON LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LA DIABETES

Anabela Pires¹

Graça Aparício²

João Duarte²

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. - Unidade Hospitalar de Bragança, Portugal

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: A implementação da qualidade nos hospitais tem estimulado a avaliação da satisfação dos utentes, pelo que o uso de instrumentos validados é de extrema importância.

Objetivo: Validar a escala “Satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes”.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal e analítico, em amostra não probabilística de 135 crianças, média de idades de 13.45 anos ($Dp = 2.83$), utilizadoras da consulta de diabetes em 6 hospitais públicos portugueses. Utilizou-se uma adaptação da Escala de Satisfação dos Utentes com a Consulta de Enfermagem da Diabetes (Chaves, et al., 2012) e foi efetuado o seu estudo psicométrico da escala.

Resultados: A solução fatorial final apresentou 13 itens distribuídos por 3 fatores (Avaliação inicial, Orientações e Relação/Comunicação) que explicam 49.95% da variância total. Os índices de ajustamento global configuraram-se como bons. A escala mostrou fiabilidade de constructo apropriada com fiabilidade compósita superior a 0.70 e validade convergente razoável (aproximadamente 0.50). O coeficiente alfa Cronbach global revelou-se bom ($\alpha = 0.847$).

Conclusões: Os resultados do estudo psicométrico permitem considerar esta escala como um instrumento adequado para utilizar em estudos deste âmbito.

Palavras-chaves: Satisfação do paciente; Educação em enfermagem; Diabetes mellitus; Validação dos testes

ABSTRACT

Introduction: The implementation of quality in hospitals has stimulated the evaluation of user satisfaction, so the use of validated instruments is of extreme importance.

Objective: To validate the scale “Child’s satisfaction with the diabetes nursing consultation”.

Methods: Quantitative, cross-sectional and analytical study conducted in a non-probability sample of 135 children, average age of 13.45 years ($SD = 2.83$), who attend the diabetes consultation in 6 Portuguese public hospitals. An adapted version of the Users’ Satisfaction Scale with the Diabetes Nursing Consultation (Chaves et al., 2012) was used and it has made its psychometric study of scale.

Results: The final factorial study presented 13 items distributed by 3 factors (Initial assessment, guidelines and relationship/communication) that explain 49.95% of the total variance. The global adjustment indices were configured as good. The scale showed reliability of construct appropriate with composite reliability above 0.70 and reasonable convergent validity (approximately 0.50). The global Cronbach’s alpha coefficient proved good ($\alpha = 0.847$).

Conclusions: The results of the psychometric study let us consider this scale as an appropriate tool to use in studies in this context.

Keywords: Patient satisfaction; Education nursing; Diabetes mellitus; Validation of tests

RESUMEN

Introducción: La implementación de calidad en los hospitales ha estimulado la evaluación de la satisfacción del usuario. Para eso, el uso de instrumentos validados es de suma importancia.

Objetivo: Validar la escala de “Satisfacción del niño con la consulta de enfermería de diabetes”.

Métodos: Estudio cuantitativo, transversal y analítico, en una muestra no probabilística de 135 niños,

la edad media de 13.45 años ($Dp = 2.83$), usuarios de la consulta de diabetes en 6 hospitales públicos portugueses. Se utilizó una adaptación de la escala de satisfacción de los usuarios con la consulta de enfermería de diabetes (Chaves et al., 2012) y se realizó su estudio psicométrico de la escala.

Resultados: La solución factorial final presentó 13 ítems distribuidos por 3 factores (evaluación inicial, orientaciones y relación/comunicación) que explican 49.95% de la varianza total. Los índices de los ajustes globales se configuran como buenos. La escala mostró una fiabilidad de constructo adecuada con fiabilidad compuesta por encima de 0.70 y validez convergente razonable (aproximadamente 0.50). El coeficiente alfa de Cronbach global resultó ser bueno ($\alpha = 0.847$).

Conclusiones: Los resultados del estudio psicométrico permiten considerar esta escala como una herramienta adecuada para la utilización en estudios en este campo.

Palabras Clave: Satisfacción del paciente; Educación en enfermería; Diabetes mellitus; Validación de las pruebas



INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus é uma doença crónica grave que evolui lenta e progressivamente e que necessita de uma adequada orientação e tratamento para prevenir/minimizar as possíveis complicações (Freitas & Sabóia, 2007).

Para melhorar os cuidados de saúde nas consultas de enfermagem da diabetes infantil, é essencial adequar esses cuidados a cada criança/família, tal como, compreender se as estratégias usadas estão a ser suficientes para melhorar a intervenção e contribuir para o crescimento e o equilíbrio biopsicossocial. O comportamento do enfermeiro na transmissão da informação, disponibilidade e cuidado em envolver a criança e as pessoas significativas em todo o processo, influencia positivamente no autocuidado, com consequente aumento da satisfação, objetivo primordial do enfermeiro.

A inexistência de instrumentos que permitam avaliar a satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes, justifica a construção e validação de uma escala para este efeito.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A diabetes é uma síndrome endócrina metabólica crónica caracterizada pela hiperglicemia, resultante da falta ou deficiência de produção de insulina pelo pâncreas e/ou da incapacidade de a insulina produzida exercer a sua função adequadamente (Observatório Nacional de Diabetes, 2013).

A DM1 é a forma de apresentação mais comum nas crianças/jovens diagnosticados com esta doença (95% dos casos) (Portugal, Direção Geral de Saúde, 2012). Exige um tratamento diário individual que inclui o auto controlo da diabetes através da vigilância diária dos valores de glicemia e de administração de insulina, cumprimento de um plano alimentar e prática de exercício físico regular (Covinhas, 2007; Pereira, 2012).

A educação terapêutica é a chave para o sucesso dos resultados obtidos. Os enfermeiros têm um papel primordial na consulta da diabetes, devendo desenvolver a sua prática educativa de forma humanizada, individualizada e adaptada às características da criança/família (estádio de desenvolvimento, estilo de vida, estádio da doença e necessidades manifestadas), de modo que não esteja apenas voltada para a doença, mas sobretudo, para quem a possui (Freitas & Sabóia, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A satisfação do utente é um conceito subjetivo referente a um conjunto de reações à experiência dos cuidados de saúde. A satisfação será tanto maior quanto menor for a diferença entre as expectativas em relação aos cuidados e a percepção dos cuidados realmente recebidos (Correia, 2007). A satisfação não é fácil de operacionalizar, pois difere de pessoa para pessoa e pode ser influenciada pela sua personalidade, valores sociais e culturais e expectativas (Costa, 2011).

A avaliação da satisfação dos utentes é considerada um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Costa, 2011; Zanetti, Otero, Biaggi, Santos, Péres & Guimarães, 2007). Esta avaliação permite “ouvir a voz” dos utentes, para que possam expressar as suas opiniões, necessidades, percepções e expectativas relacionadas com os cuidados de saúde. Os resultados dessa avaliação (favoráveis ou desfavoráveis) devem contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e detetar os aspectos menos corretos da atuação em saúde, permitindo identificar os problemas a corrigir ou as novas expectativas em relação aos cuidados (Costa, 2011).

Na população pediátrica, devido às variadas necessidades decorrentes dos diferentes estádios de desenvolvimento, a avaliação da sua satisfação face aos cuidados de saúde prestados, alcança ainda maior pertinência.

A opinião do utente sobre a unidade de saúde onde é tratado influencia diretamente a relação estabelecida com o profissional de saúde, o seu compromisso na adesão ao tratamento aconselhado e consequentemente nos resultados obtidos pelos cuidados de saúde fornecidos (Costa, 2011).

2. MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, analítico, de corte transversal.



2.1 Amostra

Participaram no estudo 135 crianças com idade entre os 8 e 18 anos de idade, com média de 13.45 anos ($Dp= 2.84$), que frequentavam a consulta de diabetes em 6 instituições hospitalares das regiões Norte e Centro de Portugal. Predominaram as crianças com idade igual ou inferior a 12 anos (36.3%), do sexo masculino (54.1%), que frequentavam o 2º ou 3º ciclo do ensino básico (55.6%), com um irmão (57.0%), que coabitavam pelo menos com a mãe (95.6%) sendo esta, para 83.0% das crianças, a cuidadora principal. A amostra foi definida como não probabilística por conveniência ou accidental.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Para recolha de informação, utilizou-se um questionário, de autocompletamento, que incluía a caracterização sociodemográfica das crianças (idade, sexo, nível de ensino e ano que frequenta, coabitacão, número de irmãos e cuidador), do seu principal cuidador (idade, sexo, grau de parentesco, escolaridade, estado civil, local de residência, número de filhos, situação laboral, profissão e rendimento familiar mensal) e a adaptação da Escala de “Satisfação dos utentes na consulta de enfermagem da diabetes”, de Chaves et al. (2012).

Esta última parte do questionário pretendia avaliar o nível de satisfação das crianças com a consulta de enfermagem da diabetes, abordando aspectos como: a importância da consulta de enfermagem de diabetes, a conduta do enfermeiro, relação/comunicação com o enfermeiro, orientações/ensinos e esclarecimento de dúvidas. A escala original era composta por 23 questões e na sua adaptação à população infanto-juvenil ficou constituída por 27 enunciados com alternativas de resposta em escala tipo Likert, parametrizada de 1 a 5, na qual correspondem: 1 - “nunca/nada importante”, 2 - “raramente/pouco importante”, 3 - “às vezes/parcialmente importante”, 4 - “quase sempre/importante” e 5 - “sempre/muito importante”, em que a 1 corresponde o nível mais baixo de satisfação e a 5 o mais alto. O resultado global do nível de satisfação obtém-se somando todas as respostas da escala, com uma pontuação entre 27 e 135. Um resultado mais elevado indica maior satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes.

2.3 Critérios de Inclusão

Consideraram-se como critérios de inclusão, as crianças terem entre 8 e 18 anos, com diagnóstico de diabetes, acederem a participar no estudo e com consentimento dos pais/cuidador. O instrumento de recolha de dados foi aplicado durante os meses de maio, junho, julho e agosto de 2014 em 3 instituições de saúde e fevereiro, março, abril e maio de 2015 nas restantes, conforme autorização dessas instituições.

Foram excluídas as crianças que não responderam a todas as questões ou que, por falta de congruência das mesmas, as respostas foram consideradas nulas.

2.4 Procedimentos

A realização do estudo salvaguardou, nos diferentes momentos do processo, os princípios ético-deontológicos consignados na Declaração de Helsínquia e na legislação em vigor que rege a pesquisa com seres humanos. Foi pedida e concedida a autorização aos autores da escala original através de um e-mail onde se explicava a finalidade e os objetivos da investigação.

Foram também enviados os pedidos de autorização de aplicação do instrumento de recolha de dados ao Conselho de Administração das 6 instituições de saúde, sendo estes avaliados pelas respectivas comissões de ética e após terem sido concedidas as autorizações, efetivou-se a recolha dos dados.

Foram respeitados os direitos e liberdade das crianças e dos seus pais/cuidadores, tal como o direito à confidencialidade, intimidade, anonimato e autonomia, já que pais/cuidadores e crianças decidiram livremente se queriam ou não participar na investigação, sem coação.

Como todas as crianças tinham idade igual ou inferior a 18 anos, foi pedida autorização aos encarregados de educação para participarem no estudo, deixando claro a possibilidade de recusar-se e quando o entendessem, sem qualquer penalização. Assim, antes da recolha de dados, foi fornecido o consentimento informado da sua participação, onde era realçado que não haveria partilha de informação nem a possibilidade de acesso aos dados. Receberam também informação sobre os autores do estudo e seus objetivos.

Durante o preenchimento do questionário, proporcionou-se um ambiente calmo e privado, sendo as crianças/famílias elucidadas da possibilidade de esclarecimento de dúvidas se necessário.

Os dados foram lançados numa base informatizada e processados no programa informático de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22 para Windows e SPSS AMOS versão 22.



Para o estudo de validação recorreu-se a várias técnicas estatísticas para avaliar a sua precisão, nomeadamente testes de correlação de Pearson entre cada item e a nota global. O estudo da homogeneidade ou consistência interna dos itens foi feito pela determinação do coeficiente de Alfa de Cronbach e do cálculo de correlações para o conjunto do questionário.

Foi efectuada análise factorial exploratória para determinação dos fatores através do método de componentes principais com rotação ortogonal do tipo varimax e valores próprios superiores a 1. Como método auxiliar foi também usado o Scree test que analisa graficamente a dispersão do número de factores. Considerou-se que se excluiriam todos os itens com saturações inferiores a 0.40 (limite aceitável da contribuição da variável na criação do fator).

3. RESULTADOS

Todos os instrumentos de medição devem ser válidos e confiáveis, pelo que se iniciou a avaliação das propriedades psicométricas da escala “Satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes” através dos estudos de validade e fiabilidade.

O estudo da homogeneidade dos itens foi conduzido pela determinação do alfa de Cronbach por item, podendo os seus parâmetros variar entre 0 e 1. Neste estudo, os mesmos podem ser classificados de bons, pois os valores oscilam entre os 0.891 no item 9 e 0.900 no item 17. Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos do que o alfa para a globalidade da escala ($\alpha= 0.900$), dado que para a primeira metade apresenta um valor de $\alpha= 0.870$ e a segunda de $\alpha= 0.799$, contudo podem ser classificados de bons (tabela 1).

Tabela 1 – Valores de consistência interna dos itens da escala “Satisfação da criança com a consulta de enfermagem da diabetes”

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Consideras a consulta de enfermagem de diabetes importante?	4.71	0.584	0.550	0.895
2	A enfermeira(o) chama-te pelo nome?	4.87	0.552	0.427	0.897
3	A enfermeira(o) demonstra interesse pelos teus problemas?	4.87	0.480	0.591	0.895
4	Sentes que a enfermeira(o) te escuta?	4.75	0.620	0.507	0.896
5	Durante a consulta, comprehendes tudo o que a enfermeira(o) te diz?	4.52	0.558	0.309	0.899
6	Confias na enfermeira(o)?	4.80	0.544	0.630	0.894
7	A enfermeira(o) orienta-te sobre o que deves fazer até a próxima consulta?	4.81	0.506	0.592	0.895
8	A enfermeira(o) da consulta mostra-se sempre disponível para te ajudar?	4.87	0.437	0.494	0.897
9	Sentes-te à vontade para falar dos teus problemas com a enfermeira(o)?	4.16	0.992	0.675	0.891
10	Como consideras as orientações que te são feitas pela enfermeira(o)?	4.72	0.483	0.608	0.895
11	A enfermeira(o) informa-te sobre aquilo que vai fazer?	4.79	0.479	0.591	0.895
12	Confias nas orientações que te são proporcionadas pelo enfermeiro?	4.79	0.490	0.484	0.897
13	A enfermeira(o) da consulta de diabetes mostra-se disponível para te ouvir?	4.80	0.454	0.572	0.896
14	No decorrer da consulta de enfermagem, a enfermeira(o) informa-te sobre a evolução da tua doença?	4.59	0.672	0.503	0.896
15	Como classificas as orientações que te são feitas sobre a alimentação?	4.67	0.571	0.440	0.897
16	Consegues pôr em prática essas orientações? (alimentação)	4.21	0.706	0.335	0.899
17	A enfermeira(o) ensina-te a fazeres os equivalentes?	4.56	0.944	0.333	0.900
18	Quando estás na consulta de enfermagem de diabetes, a enfermeira(o) presta atenção a tudo aquilo que dizes?	4.79	0.552	0.656	0.894
19	A enfermeira(o) orienta-te sobre as mudanças de comportamento que deves ter pelo fato de teres diabetes?	4.64	0.665	0.646	0.893
20	Em relação ao exercício físico consideras as orientações oportunas?	4.51	0.809	0.369	0.899
21	Cumpres essas orientações? (exercício físico)	4.36	0.816	0.421	0.898



22	Na consulta de diabetes, a enfermeira(o) explica-te a importância da “picada no dedo”?	4.71	0.700	0.452	0.897
23	A enfermeira(o) ensina-te a administrar a quantidade de insulina de acordo com os valores da glicémia?	4.78	0.594	0.446	0.897
24	Durante a consulta a enfermeira(o) recorre a panfletos, filmes ou outros materiais para te dar orientações?	3.62	1.326	0.501	0.899
25	Achas importante a enfermeira(o) usar este tipo de materiais para uma melhor compreensão?	4.30	1.086	0.501	0.897
26	Achas que a enfermeira(o) consegue perceber se tu cumpres as recomendações?	4.54	0.710	0.639	0.893
27	Quando tens dúvidas sobre qualquer assunto relacionado com a diabetes podes contactar a enfermeira(o) da consulta por telefone?	4.13	1.254	0.473	0.899
Coeficiente Split Half		Primeira metade = 0.870 Segunda metade = 0.799			
Coeficiente alfa Cronbach global		0.900			

Dado que os valores do item total corrigido apresentavam coeficientes superiores a 0.20 em todos os itens (valor de referência), nenhum dos itens foi eliminado. Para avaliação da adequação da análise fatorial da escala, utilizou-se em primeiro o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkinque permite medir a homogeneidade das variáveis, pois compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis (Marôco, 2014). Valores entre 0.5 e 1.0 indicam que a análise fatorial é apropriada. Neste estudo obteve-se um KMO= 0.838, o que permite prosseguir com a análise fatorial exploratória. O teste de esfericidade Bartlett's testa a hipótese de que não há correlação entre as variáveis. Em grandes amostras, leva à rejeição da hipótese nula (Marôco, 2014) pelo que neste estudo não foi tido em consideração.

Para determinar os fatores implícitos nesta escala, realizou-se com os 27 itens, uma análise fatorial de componentes principais com rotação ortogonal de tipo varimax e valores próprios superiores a 1.

A solução fatorial inicial, apresentou uma estrutura com 6 fatores que no seu conjunto explicavam 62.21% da variância total. A proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores (comunalidade) encontra-se dentro dos valores de referência (0.40) ao oscilarem entre 0.449 no item 12 e 0.768 no item 3.

Todavia, o gráfico de variâncias (scree plots), configurava a existência de 4 fatores pelo que se efetuou nova análise fatorial forçando a 4 fatores. Analisada a distribuição dos itens por fator, obteve-se um fator com apenas 2 itens, o que obrigou a nova análise fatorial forçada agora a 3 fatores. Nesta última solução todos os itens apresentaram cargas fatoriais superiores a 0.40, excepto os itens 17 e 20 que por isso foram excluídos. A percentagem de variância explicada pelos 3 fatores foi de 49.95%.

O fator 1 designado de avaliação inicial, explica 21.91% da variância total e é constituído pelos itens 2, 3, 4, 6, 7, 13, 14, 18, 19, 22 e 26. O fator 2 denominado de orientações satura nos itens 5, 8, 10, 11, 12, 15 e 23 e explica 14.31% da variância total. O fator 3 chamado de relação/comunicação entre enfermeiro e criança explica 13.72% da variância total e é composto pelos itens 1, 9, 16, 21, 24, 25, e 27.

Depois da análise fatorial exploratória, procurou-se saber se a estrutura fatorial obtida se adequava aos dados observados, pelo que se recorreu à análise fatorial confirmatória através da estimação de máxima verosimilhança. Esta análise testa o ajuste relativo a modelos fatoriais concorrentes sendo por isso de grande valor no processo de revisão e refinamento das suas estruturas fatoriais. A qualidade do ajustamento local, foi avaliada pelos pesos fatoriais e pela fiabilidade individual dos itens, considerando-se como valores de referência $\lambda = 0.50$ e $r = 0.25$ respetivamente. Para a qualidade de ajustamento global consideraram-se os índices e respectivos valores de referência $\chi^2/df < 5$; CFI > 0.90; GFI > 0.90; RMSEA < 0.80; RMR < 0.80 e SRMR < 0.80. No ajustamento do modelo consignaram-se os índices de modificação superiores a 11 propostos pelo AMOS.

O modelo inicial com todos os itens (figura 1) revelou uma qualidade de ajustamento inadequado ao apresentar valores de $\chi^2/df = 2.310$; GFI = 0.739; CFI = 0.758; RMSEA = 0.099; RMR = 0.042 e SRMR = 0.085. Efetuada a análise descritiva dos itens, verificamos que os itens 2, 3, 4, 6, 7, 8, 18, 22, e 23 apresentavam assimetria e kurtose muito elevadas pelo que foram excluídos. Ainda assim, este modelo apresentava uma qualidade de ajustamento inadequado, com exceção do índice χ^2/df que mostrava um valor de 1.691. Os restantes índices apresentam valores de GFI = 0.867; CFI = 0.889; RMSEA = 0.072; RMR = 0.044 e SRMR = 0.065.

Pelos coeficientes standarizados lambda, observou-se que os itens 5, 16 e 21 eram inferiores a 0.50 tendo-se procedido à sua



eliminação. Com este procedimento os índices de ajustamento global revelaram-se bons para o $\chi^2/df= 1.838$; CFI= 0.907; RMSEA= 0.079; RMR= 0.043, SRMR= 0.061 mas sofriíveis para o GFI= 0.888.

Efetuado o refinamento do modelo através dos índices de modificação propostos pelo AMOS, que relacionou apenas os erros 23 e 24, os índices de ajustamento global configuraram-se como bons ($\chi^2/df= 1.647$; CFI= 0.929; RMSEA= 0.069; RMR= 0.039, SRMR= 0.056) embora com o GFI= 0.899 a manter-se no limiar do valor de referência. Quanto à qualidade do ajustamento local, o peso factorial dos itens apresentados pelos coeficientes lambda, indicam índices superiores a 0.50 e a fiabilidade individual dos itens revela valores correlacionais superiores a 0.25.

Uma vez que os fatores se apresentam positiva e significativamente correlacionados com percentagem de variância explicada entre fatores superior a 50%, sugere-se a existência de uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem que se designou por satisfação com a consulta (Figura 1). Neste modelo os valores de qualidade de ajustamento mantêm-se iguais aos obtidos com os índices de modificação.

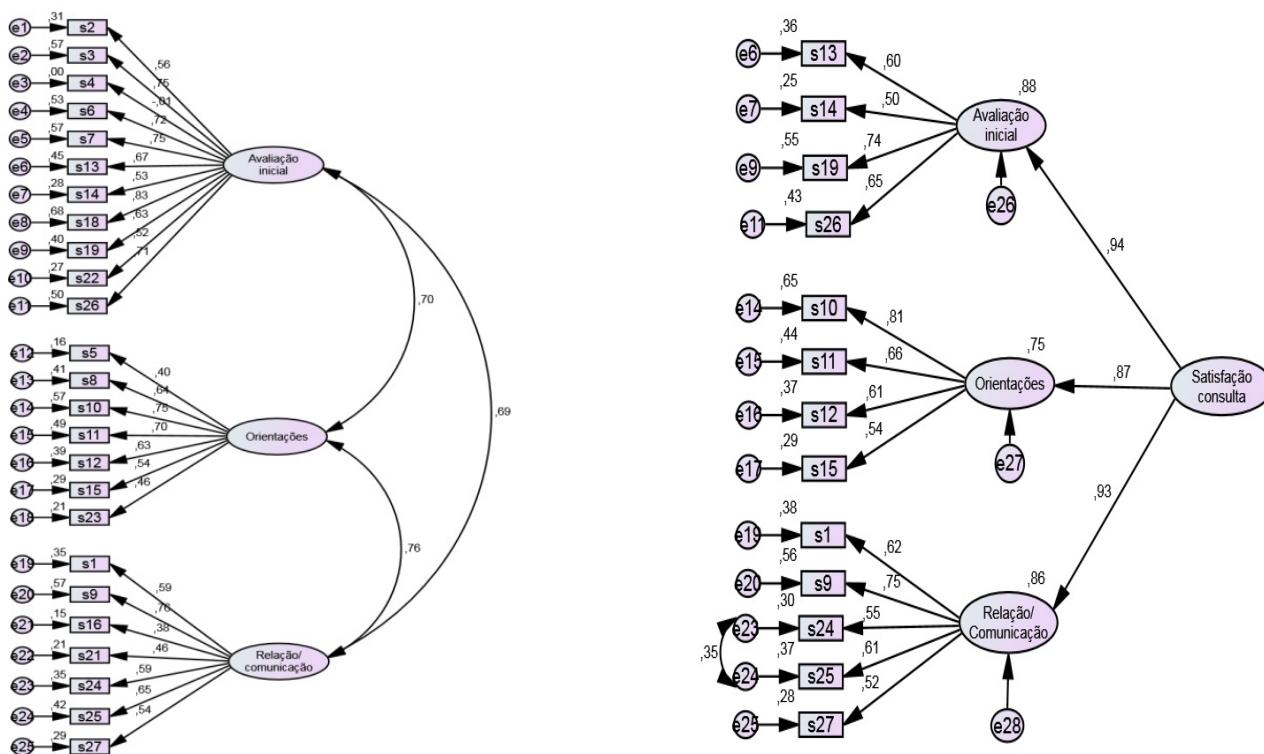


Figura 1– Modelo inicial e modelo de 2ª ordem, respetivamente

A fiabilidade composta apresenta índices acima de 0.70 em todos os fatores da escala, o que revela uma boa consistência interna dos itens relativos a cada um dos fatores, sendo indicador de uma fiabilidade de constructo apropriada. Quanto à validade convergente, obtida através da VEM, os resultados concluem a sua não existência por apresentarem índices inferiores a 0.50. Também não se encontrou validade discriminante pois a correlação ao quadrado entre os fatores é maior do que a VEM para cada fator (Marôco, 2014).

Realizada uma matriz de correlação de Pearson entre os fatores e o fator global (tabela 2), denota-se que as correlações entre os três fatores e o seu valor global são positivas e significativamente correlacionadas explicando entre 53.70% (fator 2 vs fator 3) e 93.00% (fator 3 vs fator global). Os resultados demonstram que quanto maiores os valores de um fator, maior o valor do outro ou vice-versa, com o qual se correlaciona.



Tabela 2 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a satisfação

	F1 Avaliação inicial	F2 Orientações	F3 Relação/comunicação
F2 – Orientações	0.607***	--	
F3 – Relação/comunicação	0.619***	0.537***	--
Satisfação consulta (global)	0.825***	0.754***	0.930***

*** p < 0.001

Para facilitar o grau de compreensão dos resultados finais, o somatório dos itens de cada subescala foram transformados em valores percentuais numa escala de 0 a 100% através da seguinte fórmula (valor bruto – valor mínimo possível)/amplitude)*100.

Nas estatísticas dos 3 fatores revelaram um índice de satisfação entre 48.00% e 100.00%, com média de 87.40% (\pm 11.90%). Em relação a cada um dos fatores, a maior satisfação obtem-se no fator orientações ($M= 93.56\%$; $\pm 9.47\%$). Os coeficientes de variação apresentam uma dispersão baixa face à satisfação média, exceto na relação/comunicação, que é moderada ($CV= 24.09\%$). Os valores de assimetria, em todas as subescalas e satisfação total, tendem para enviesamento à direita e os valores de kurtose revelam curvas leptocúrticas, exceto para a relação/comunicação e para satisfação global que apresentam uma distribuição mesocúrtica (tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas percentuais por fatores e satisfação global com a consulta de enfermagem da diabetes

Satisfação com a consulta	Min (%)	Max (%)	Média (%)	Dp (%)	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Avaliação inicial	37.5	100.0	91.06	11.56	12.69	-8.306	8.978
Orientações	50.0	100.0	93.56	9.47	10.12	-8.870	9.777
Relação/comunicação	20.0	100.0	79.55	19.17	24.09	-5.071	1.772
Satisfação global	48.0	100.0	87.40	11.99	13.71	-5.282	1.714

Para classificação do nível de satisfação com a consulta de enfermagem da diabetes foram efetuados grupos de corte com base no percentil 25 (≤ 56) e percentil 75 (≥ 64), tendo-se classificado os respondentes de pouco satisfeitos (percentil < 25), satisfeitos (percentil entre 25 e 75) e muito satisfeitos (percentil > 75). Assim, com base nos grupos de corte e para a totalidade da amostra, verifica-se que 45.20% se encontra satisfeita com a consulta de enfermagem da diabetes, 28.90% pouco satisfeita e 25.90% muito satisfeita.

4. DISCUSSÃO

Medir a satisfação dos pacientes é um procedimento complexo, que envolve vários fatores. Porém, face ao estudo de validação efetuado e tendo em conta o objetivo principal deste estudo, considera-se ter sido dado um passo importante para a qualidade do atendimento pediátrico em ambulatório. O uso de instrumentos específicos para identificação de necessidades, tem um peso importante na tomada de decisões pelos gestores de cuidados. Desta forma, a construção e validação de questionários que mensurem a satisfação dos utentes, crianças neste caso específico, revertem-se de grande interesse, pois avaliam, ainda que indiretamente, a qualidade do serviço prestado, tornando-se assim numa ferramenta fundamental para gestores e trabalhadores que primem por melhorias no atendimento prestado nesses serviços.

Após construção e aplicação desta escala, avaliaram-se as suas propriedades psicométricas através dos estudos de validade e fiabilidade. A validade refere-se à capacidade do instrumento medir o constructo que deseja quantificar (Marôco, 2014) e a fiabilidade possibilita avaliar a consistência interna ou homogeneidade dos itens. Esta é determinada pelo coeficiente alfa de Cronbach e pelo coeficiente de Split-Half ou método das metades. Os valores do coeficiente de alfa de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 sendo tanto melhor quanto mais elevado. Marôco (2014) e Pestana e Gageiro (2014) aludem como valores de referência: muito boa (> 0.90), boa ($0.80 - 0.90$), média ($0.70 - 0.80$), razoável ($0.60 - 0.70$), medíocre ($0.50 - 0.60$) e inaceitável (< 0.50). Perante isto, considera-se que a versão final da escala revela um coeficiente alfa Cronbach global bom ($\alpha= 0.847$).

A solução fatorial final identificou 3 fatores (avaliação inicial, orientações e relação/comunicação) enquanto na escala original de Chaves et al. (2012), após a análise fatorial dos componentes principais, com rotação ortogonal do tipo varimax, se apresentavam



2 fatores (orientações e relação com o enfermeiro), com alfa de Cronbach de $\alpha = 0.870$.

A escala final apresenta fiabilidade de constructo apropriada, porém sem validade convergente nem validade discriminante, pelo que se sugere que o estudo da escala seja feito em amostras de maiores dimensões, incluindo, face à especificidade do conteúdo, a utilização da técnica Delphi na determinação da representatividade dos itens. Incluir esta técnica de análise e discussão dos itens da educação terapêutica por peritos da área constituirá decerto uma mais-valia para a validade de conteúdo do instrumento.

Marôco (2014) refere que as correlações entre os fatores e o fator global não devem ser demasiado elevadas pois reproduzem mal a estrutura correlacional e sugere a existência de fatores redundantes, sendo preferível uma correlação moderada entre si. Os resultados revelados vão de encontro a este pressuposto, já que oscila entre $r = 0.537$ e $r = 0.930$.

CONCLUSÕES

Na consulta de enfermagem da diabetes devem prestar-se cuidados com qualidade, o que só é possível se a criança se sentir satisfeita com esses cuidados. Para avaliar essa satisfação, adaptou-se uma escala para a população pediátrica, que foi validada para esse efeito. Esta escala possuía inicialmente 27 questões, das quais foram selecionadas 13, durante o processo de validação. Pelos vários testes de validade efetuados, esta escala final evidencia qualidades psicométricas para o seu uso neste âmbito.

Futuramente consideramos aplicar esta escala em amostras maiores para complementar os resultados obtidos e identificar áreas com necessidade de maior investimento na educação terapêutica. Esperamos que esta escala contribua para avaliar a satisfação dos cuidados prestados à criança na consulta de enfermagem da diabetes e assim, melhorar a prática clínica e a qualidade dos cuidados de saúde neste âmbito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declara-se não haver nenhum conflito de interesses relativamente a este artigo.

AGRADECIMENTOS

Às Instituições de saúde que autorizaram a aplicação do questionário e aos participantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: Construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Referência*, 3(6), 55-68.

Chaves, C., Duarte, J., Mateus, T., Castro, C., Marques, C., Costa, C., ... Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela. *Millenium*, 43, 47-77.

Correia, C. S. (2007). *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2: O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta). Acedido em <http://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/707>

Costa, M. L. G. V. da (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa). Acedido em: <http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20-%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>

Covinhas, A. L. S. (2007). *Representações parentais, adesão e controlo metabólico de crianças com diabetes Tipo 1* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/462>

Freitas, F. V., & Sabóia, V. M. (2007). *Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira*. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(4), 569-573. Acedido em <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a15.pdf>

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.

Observatório Nacional de Diabetes. (2013). *Factos e números da diabetes do Observatório Nacional: 2013*. Acedido em <http://www.stopdiabetes.pt/pt/noticias/noticia/1>



Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <http://www.ordemenermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>

Pereira, J. A. P. M. A. (2012). *Avaliação da qualidade de vida em crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 e conhecimentos sobre a doença* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/22017>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.

Portugal, Direção Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional para a diabetes e programa nacional de saúde escolar: Orientações*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/ms/7/pagina.aspx?codigoms=5519&back=1&codigono=0005AAAAAAAAAAAA>

Zanetti, M. L., Otero, L. M., Biaggi, M. V., Santos, M. A., Péres, D. S., & Guimarães, F. P. M. (2007). Satisfação do paciente diabético em seguimento em um programa de educação em diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4). Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a10.pdf

Millenium, 2(ed espec nº1), 53-61.

PARENTALIDADE, INCAPACIDADE E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

PARENTING, DISABILITY AND SATISFACTION WITH SOCIAL SUPPORT

LA FAMILIA , LA DISCAPACIDAD Y SATISFACCIÓN CON EL APOYO SOCIAL

Rosana Silveira

Sara Felizardo

Ana Berta Alves

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: No quadro das grandes questões sobre as pessoas adultas com incapacidade, constatamos que são escassos os estudos sobre a vida familiar e, especificamente, sobre as potencialidades e dificuldades no exercício da parentalidade, bem como a relevância do suporte social neste domínio.

Objetivo: analisar os resultados da autoeficácia parental e do suporte social em progenitores com incapacidade, bem como as relações entre estas variáveis, com o intuito de delinear estratégias de intervenção familiar.

Métodos: estudo exploratório e descritivo, tendo-se utilizado uma amostra não probabilística e de conveniência, composta por 30 progenitores com incapacidades sensoriais. Os instrumentos de recolha foram a “Escala de Autoeficácia parental” (Brites, 2010), a “Escala de Satisfação com o Suporte Social” (Ribeiro, 2011) e um questionário com questões de natureza sociodemográfica.

Resultados: Em relação à autoeficácia dos progenitores e as suas dimensões, verificou-se que os resultados são mais baixos em comparação com os resultados obtidos em estudos com amostras de progenitores sem incapacidade. No que diz respeito à satisfação com o suporte social, os valores foram elevados, sobretudo, na dimensão de satisfação com o apoio da família. Também foram encontradas correlações positivas e significativas entre os resultados globais e parciais da autoeficácia e da satisfação com o suporte social.

Conclusões: As análises apresentadas sugerem que esta linha de investigação sobre questões relativas ao direito de uma vida familiar plena necessita de um maior aprofundamento, nomeadamente, conhecer as barreiras e delinear estratégias de apoio socioeducativo para facilitar a autodeterminação das pessoas com incapacidade.

Palavras-chaves: Incapacidade; Parentalidade; Suporte Social

ABSTRACT

Introduction: In the context of the major issues on adult people with disabilities, we found that there are few studies on family life and specifically on the potential and difficulties in the exercise of parenting, as well as the importance of social support in parenting tasks.

Objective: to know the values of parental self-efficacy and social support at parents with disabilities, as well as the relationships between these variables, in order to outline family intervention strategies.

Methods: This is an exploratory and descriptive study, which used a non-probabilistic and convenience sample, composed of 30 parents with sensory disabilities. The gathering instruments were the “Self-efficacy Parental Scale” (Brites, 2010), “Social Support Satisfaction Scale” (Ribeiro, 2011) and a questionnaire with questions of socio-demographic nature.

Results: Regarding parental self-efficacy and its dimensions, we found that the results are lower compared to the results obtained in other studies with samples of parents without disabilities. With regard to satisfaction with social support, the values were high, particularly, in the dimension of satisfaction with family support. We also found positive and significant correlations between the overall and partial results of parental self-efficacy and satisfaction with social support.

Conclusions: The analyzes presented suggest that this line of research on the issues of the right to a full family life deserves further deepening specifically know the barriers and outline socio-educational support strategies to facilitate the self-determination of people with disabilities.

Keywords: Disability; Parenting; Social Support

RESUMEN

Introducción: En el contexto de los principales problemas de las personas adultas con discapacidad, se encontró que hay pocos estudios sobre la vida familiar y en concreto sobre las potencialidades y dificultades en el ejercicio de su paternidad y la importancia del apoyo social en esta área.

Objetivo: Analizar los resultados de la autoeficacia de los padres y el apoyo social para los padres con discapacidad, así como las relaciones entre estas variables, a fin de delinear las estrategias de intervención familiar.

Métodos: Se realizó un estudio exploratorio e descriptivo, que han utilizado una muestra no probabilística Y de conveniencia, compuesta por 30 padres con discapacidades sensoriales. Las herramientas de recolección fueron la “Escala de autoeficacia de los padres” (Brites, 2010), “Escala de Satisfacción de Apoyo Social” (Ribeiro, 2011) y un cuestionario con preguntas de carácter sociodemográfico.

Resultados: con respecto a la autoeficacia de los padres y sus dimensiones, se encontró que los resultados son más bajos en comparación con los resultados obtenidos en otros estudios con muestras de los padres sin fallo. En cuanto a la satisfacción con el apoyo social, los valores fueran altos, sobre todo en la dimensión de satisfacción con el apoyo de la familia. Además se encontraran correlaciones positivas y significativas entre los resultados globales y parciales de la autoeficacia y la satisfacción con el apoyo social.

Conclusiones: El análisis presentado sugiere que esta línea de investigación en temas de derecho a una vida familiar plena requiere una mayor profundidad saber específicamente las barreras y delinear estrategias de apoyo socioeducativo para facilitar la libre determinación de las personas con discapacidad.

Palabras clave: Discapacidad; La paternidad; Apoyo social



INTRODUÇÃO

Cada um de nós tem uma família com especificidades e dinâmicas particulares. Não obstante, cada família tem muitas características comuns a outras, mas também possui as suas próprias singularidades, formas próprias de ver a vida e de se relacionar, dentro e fora de casa, o que a torna uma e única, com a sua individualidade e autonomia próprias (Alarcão, 2006).

Nas sociedades atuais, a cultura dominante tem valorizado aqueles que se enquadram nos padrões da sociedade, excluindo ou marginalizando amiúde os que apresentam dificuldades na sua autonomia e autodeterminação. Frequentemente, as pessoas com deficiência e incapacidade sofrem com a discriminação e preconceitos, obstaculizando a sua inclusão social (Felizardo, 2013).

Para a maioria dos adultos, incluindo adultos com incapacidade, a transição para a parentalidade é uma experiência marcante no seu desenvolvimento pessoal. O desejo de serem progenitores ultrapassa todos os limites culturais, físicos e políticos. Contudo, para as pessoas com incapacidade este desejo inato tem sido sempre dificultado pelo estigma e preconceito da sociedade. Constatamos que, apesar do aumento global do número de adultos com incapacidade que constituem família e se tornam progenitores, a literatura sobre este tipo de população é extremamente limitada e são escassos os estudos relativamente a estes progenitores, as suas necessidades e as suas experiências (National Council on Disability, 2012).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Parentalidade, eficácia parental e suporte social

Ser pai ou mãe é uma das tarefas mais admiráveis e desafiantes que pode competir a um ser humano. No entanto, a parentalidade também é descrita como uma das tarefas mais complexas, exigentes e com enormes desafios e obrigações para o ser humano, ou seja, a capacidade de proteger, educar e promover a integração da criança no meio social (Alarcão, 2006; Strecht, 2015).

Neste quadro, percebemos que face à complexidade da parentalidade, esta não deverá ser realizada de forma individual e isolada sendo necessário um suporte social eficaz. Através das relações interpessoais e das redes sociais, os indivíduos gerem os recursos psicológicos e materiais disponíveis de forma a melhorarem as suas competências para lidar com acontecimentos stressantes e satisfazer as suas necessidades pessoais e familiares, com vista a alcançar os objetivos e metas (Felizardo & Ribeiro, 2015).

O suporte social pode ser caracterizado em função do tipo de fonte: informal e formal. A fonte de suporte informal inclui os indivíduos com os quais existe proximidade emocional e afetiva, tais como: familiares, amigos, cônjuge, vizinhos ou colegas e grupos sociais (clubes, igreja, entre outros) que podem fornecer apoio nas atividades da vida diária. A fonte de suporte formal abrange as organizações sociais formais, como sejam: hospitais, serviços de saúde, programas governamentais e profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros), os quais estão organizados para proporcionar assistência ou apoio às pessoas com maior fragilidade pessoal e social (Dunst & Trivette, 2010).

Neste contexto, um dos sistemas mais importantes para a pessoa com incapacidade é o do apoio pessoal. A maior parte dos progenitores e dos que pretendem ser progenitores dependem fortemente do seu sistema de apoio dos amigos e família. A importância deste grupo de apoio é ainda maior na população com incapacidade uma vez que a informação acerca da parentalidade é muito limitada (National Council on Disability, 2012). De acordo com Coelho e Ribeiro (2000), a função de suporte exigida à família e aos profissionais cuidadores aponta para a minimização do sofrimento psicológico da pessoa com incapacidade. Assim, a rede social poderá fornecer o apoio necessário de modo a que os progenitores se sintam competentes no seu papel, contribuindo indiretamente para o desenvolvimento saudável da criança (Dunst & Trivette, 2010).

A revisão da literatura realça que o suporte social está relacionado com o comportamento parental (Coleman & Karraker, 1997; Felizardo, 2013) e com a autoeficácia parental (Bandura, 1997). Assim, aplicando o modelo de Bandura ao domínio dos progenitores, a percepção de autoeficácia parental refere-se ao grau com que os progenitores se sentem competentes e confiantes na resolução de problemas relativos aos filhos. Na mesma linha, Ardel e Eccles (2001) descrevem que os progenitores com um sentimento de autoeficácia parental elevado estão mais predispostos e motivados a desenvolverem estratégias eficazes de parentalidade se acreditarem que possuem as competências necessárias para tal, aumentando, assim, a probabilidade dos seus filhos terem maior sucesso académico, social e psicológico, o que, por sua vez, reforça o seu sentimento de autoeficácia parental. Pelo contrário, face a situações desafiadoras, progenitores com baixa autoeficácia parental costumam desistir facilmente, o que pode confirmar crenças de baixa eficácia (Faria, 2015).

Assim, parece coerente afirmar-se que a percepção de suporte social e o sentimento de autoeficácia atuam como fatores protetores contra o estresse, potenciando nos progenitores um sentimento de maior controlo das situações, principalmente perante os problemas de comportamento da criança. Em síntese, a literatura reforça que a autoeficácia parental e o suporte social podem exercer influências significativas no desenvolvimento afetivo e cognitivo das crianças (Ardelt & Eccles, 2001; Coleman & Karraker, 1997).



Incapacidade, inclusão social e direitos humanos

As implicações de uma criança ser criada por progenitores com incapacidade tem sido alvo de vários estudos que salientam o direito fundamental de uma pessoa com incapacidade ser pai/mãe, mas também o direito de uma criança ser criada num ambiente que proporcione o seu máximo desenvolvimento (National Council on Disability, 2012).

A incapacidade é a restrição no acesso à participação na vida privada e pública em resultado de barreiras institucionais, físicas e sociais. De entre as várias incapacidades, no presente estudo atendemos especificamente às dificuldades auditivas e visuais. A incapacidade auditiva está associada à perda de audição parcial ou completa, também denominada por deficiência auditiva ou hipoacusia (Paço, Branco, Moreira, Caroça, & Henriques, 2010). Por sua vez, a incapacidade visual relaciona-se com situações irreversíveis de diminuição da resposta visual, em virtude de causas hereditárias, congénitas ou adquiridas, mesmo após tratamento clínico ou cirúrgico e uso de óculos convencionais (Amorim, 2006).

No caso particular das incapacidades auditiva e visual, importa atender às implicações ao nível da comunicação e da interação social. Tendo em consideração que é através da comunicação que o ser humano partilha opiniões, efetua trocas de experiências, de comportamentos e de sentimentos com os seus semelhantes, torna-se especialmente relevante no sistema familiar, pois a funcionalidade da família depende, em larga medida, dos padrões de comunicação e das dinâmicas relacionais estabelecidas entre os seus membros (Gimeno, 2001).

De forma geral, a comunicação dos indivíduos com surdez, cegueira ou surdo-cegueira emprega basicamente a substituição sensorial, ou seja, com a perda da visão, a audição e o tato destacam-se muito além do normal, o mesmo acontece para a perda da audição, a visão e o tato desenvolvem-se com maior intensidade. No que diz respeito aos métodos de comunicação alternativa com estes indivíduos, têm sido utilizados a língua gestual, destinada especificamente para surdos, e o Braille, destinado para leitura dos cegos. No caso específico de surdo-cegos, as técnicas são similares e muito baseadas nos métodos de linguagem ou alfabeto através de sinais táteis. Assim, para que a comunicação seja efetiva é necessário utilizar recursos que facilitem as formas visuais para pessoas com surdez e as formas auditivas no apoio às pessoas com cegueira (Cunha, Cendon, & Nohama, 2009).

Para além das barreiras comunicacionais, também são várias as barreiras na vida familiar para as pessoas com incapacidade, pelo que é necessário melhorar as estratégias de ação dos profissionais e aperfeiçoar os dispositivos legais no domínio da intervenção (Felizardo, 2013).

De acordo com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), de 2006, ratificada por Portugal em 2009, é reconhecida a importância da autonomia e independência individual das pessoas com deficiência e incapacidade, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas e, por conseguinte, da sua autodeterminação nas várias áreas da vida pessoal, familiar e social, o que inclui os temas relativos à fertilidade, conjugalidade e parentalidade.

Assim, a CDPD (2009) defende que sejam tomadas medidas para eliminar a discriminação de pessoas com incapacidade em todos os assuntos relacionados com o casamento, família, parentalidade e relações afetivas. No artigo 23º, nº 1, alínea a) é reconhecido o direito de todas as pessoas com incapacidade contraírem matrimónio e constituírem família; na alínea b), é reconhecido o direito a decidirem livre e responsávelmente sobre o número de filhos e o espaçamento dos seus nascimentos. Também são realçados os direitos e responsabilidade das pessoas com incapacidade, no que respeita à tutela, guarda e adoção de crianças, devendo os Estados Membros prestar a assistência apropriada às pessoas com incapacidade no exercício das suas responsabilidades parentais (artigo 23º, nº 2). O nº 4, do mesmo artigo, refere que deve ser assegurado que em caso algum deve uma criança ser separada dos progenitores com base numa incapacidade quer da criança quer de um ou de ambos os seus progenitores.

Neste quadro, vários diplomas legais têm surgido com o objetivo de salvaguardar os direitos dos cidadãos com necessidades especiais, promovendo novas oportunidades, com o desiderato de melhorar a qualidade de vida e criar um quadro legislativo que respeite e promova a inclusão social. Contudo, ainda falta um longo caminho a percorrer, uma vez que, pese embora os cidadãos com incapacidade possuam direitos iguais a qualquer outro cidadão, muitas vezes não são exercidos ou respeitados.

Não obstante, o aumento do número de adultos com incapacidade que se tornam progenitores e constituem família, a literatura sobre esta temática muito limitada. Existem poucos dados e pouca pesquisa relativamente a estes progenitores, sendo que um dos argumentos referidos para a escassez de estudos nesta área é a falta de financiamento por parte das entidades responsáveis. Embora as verbas sejam limitadas e a atenção a esta temática seja diminuta, um número de programas e serviços de apoio começa a emergir e devem ser replicados de forma a providenciar apoio constante a estas famílias (National Council on Disability, 2012).

As implicações do suporte social no exercício das tarefas de educação e cuidado dos filhos, particularmente na autoeficácia parental, constituem temáticas relevantes na autodeterminação e na inclusão das pessoas com incapacidade. Neste contexto, é nosso propósito analisar os resultados da autoeficácia parental e do suporte social em progenitores com incapacidade, bem como perceber as relações entre estas variáveis, com o intuito de delinear estratégias de intervenção familiar.



2. MÉTODOS

Para concretizar o objetivo orientador, desenvolveu-se um estudo exploratório e de caráter descritivo. Este tipo de investigação justifica-se, porque, tal como refere Yin (2010), por um lado, envolve uma temática ainda pouco explorada, por outro, pretende-se efetuar uma descrição criteriosa e detalhada das características da realidade em estudo.

2.1. Participantes

A amostra, cuja caracterização se apresenta na Tabela 1, foi de conveniência ou intencional, tendo participado no estudo 30 pessoas adultas com incapacidades sensoriais que tinham pelo menos um filho com idade entre os 3 e os 14 anos. A amostra foi obtida nos vários distritos de Portugal, a partir da população de progenitores com incapacidade, sendo constituída por 10 participantes com cegueira e 20 com surdez, com idades compreendidas entre os 21 e os 52 anos, sendo a média de idade 39.52 (± 7.21). A maioria era do género feminino (n=17, 56.7%), casada (n=21, 70%), com dois ou mais filhos (n=16, 53.3%) e habilitações ao nível do Ensino Básico (n=17, 56.7%). No que concerne à situação profissional e local de residência, constatamos que 50% (n=15) está desempregada e 63.3% (n=19) reside numa zona urbana (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra de progenitores com incapacidade sensorial

Característica	n	%
Género		
Feminino	17	56.7
Masculino	13	43.3
Estado civil		
Solteiro	3	10.0
Casado/União	21	70.0
Divorciado/separado	4	13.3
Viúvo	2	6.7
Habilidades literárias		
Ensino Básico	17	56.7
Ensino Secundário	8	26.7
Ensino Superior	5	16.6
Situação profissional		
Empregado	14	46.7
Desempregado	15	50.0
Reformado	1	3.3
Número de filhos		
Um	14	46.7
Dois ou mais	16	53.3
Residência		
Rural	11	36.7
Urbana	19	63.3

2.2. Instrumentos de recolha de dados

Os participantes preencheram um questionário, que incluiu medidas sobre a autoeficácia parental, percepção do suporte social e uma parte com questões de natureza demográfica. Assim, aplicámos a “Escala de Autoeficácia Parental” (EAEP), de Brites (2010), que avalia o domínio do desempenho da função parental. É constituída por 44 itens, com opção de resposta de 1 a 5, numa escala tipo likert, (nunca – 1 a sempre – 5). A escala contempla duas dimensões: i) Autoeficácia Parental Positiva (22 itens), composta por



duas subescalas - “Atitudes e comportamentos parentais promotores do desenvolvimento” (ACPPD) e “Equilíbrio independência-segurança” (EIS); ii) Autoeficácia Parental Negativa (22 itens) contempla duas subescalas - “Permissividade, negligência e desinteresse” (PND) e “Controlo Negativo” (CN). A cotação global da escala resulta do diferencial entre as dimensões autoeficácia parental positiva e autoeficácia parental negativa.

No que diz respeito à consistência interna, os Alpha de Cronbach’s são satisfatórios, tendo a EAEP total $\alpha=.93$, a Autoeficácia Positiva $\alpha=.91$, a Autoeficácia Negativa $\alpha=.97$, tendo as subescalas os seguintes valores: ACPPD $\alpha=.93$; EIS $\alpha=.77$; PND $\alpha=.97$; CN $\alpha=.74$ (Brites, 2010).

Também aplicámos a “Escala de Satisfação com o Suporte Social” (ESSS), de Ribeiro (2011), que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação das pessoas com o suporte social proveniente de diversas fontes. É composta por 15 itens, com opção de resposta de 1 a 5, escala tipo likert (discordo totalmente – 1 a concordo totalmente – 5). Inclui quatro fatores: “Satisfação com Amigos” (SA); “Intimidade” (IN); “Satisfação com a Família” (SF); “Atividades Sociais (AS). Ao nível da consistência interna, Ribeiro (2011) apresenta os valores alfa: $\alpha=.85$ (escala ISSS total), $\alpha=.64$ (AS), $\alpha=.74$ (IN), $\alpha=.74$ (SF), $\alpha=.83$ (SA).

2.3. Procedimentos

Numa primeira fase foram contactadas instituições de apoio às pessoas com incapacidades sensoriais (com surdez e com cegueira), com o intuito de solicitar apoio na aplicação das escalas. A recolha de dados foi efetuada entre os meses de janeiro e maio de 2016, através do preenchimento de questionários online (ferramenta Google docs) e por contacto direto (escalas em formato de papel). Foi assegurado o cumprimento das normas de natureza ética envolvidas em qualquer projeto de investigação. Neste sentido, os participantes foram informados acerca do objetivo e carácter voluntário da participação sendo garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas. Nas análises estatísticas foi utilizado o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 23.

3. RESULTADOS

Relativamente aos resultados obtidos na autoeficácia parental, tal como podemos constatar na Tabela 2, as médias das dimensões positiva e negativa da autoeficácia parental são, respetivamente, 96.93 (± 7.99) e 47.93 (± 9.60), o que revela uma melhor percepção da autoeficácia no que diz respeito às atitudes e comportamentos promotores do desenvolvimento da criança, bem como a consciência de ser capaz de potenciar a autonomia e a segurança; ao invés, as percepções parentais são mais baixas nos aspetos negativos, como sejam a negligência e a permissividade na gestão comportamental da criança. No que concerne às subescalas, verificamos que as médias da ACPPD, EIS, PND e CN são, respetivamente, 68.17 (± 5.53), 28.77 (± 3.59), 34.63 (± 7.38) e 13.30 (± 4.36).

Comparativamente, no estudo de Loureiro (2012), com progenitores sem incapacidade, os resultados foram mais elevados nas duas dimensões de autoeficácia parental, na positiva ($M=101.9 \pm 7.03$) e na negativa ($M=93,04 \pm 8,40$), bem como nas subescalas ACPPD ($M=71.43 \pm 4.60$), EIS ($M=30.47 \pm 3.30$), PND ($M=76.07 \pm 5.87$), CN ($M=16.78 \pm 4.11$).

Tabela 2. Resultados na Autoeficácia parental em progenitores com incapacidades sensoriais

Escala e subescalas	Mín.	Máx.	M	DP
ACPPD	54	75	68.17	5.53
EIS	18	34	28.77	3.59
PND	24	51	34.63	7.38
CN	5	22	13.30	4.36
Autoeficácia positiva	77	108	96.93	7.99
Autoeficácia negativa	33	71	47.93	9.60
Escala total	23	75	49,00	13,66

Em relação ao resultados na satisfação com o suporte social, tal como podemos observar na Tabela 3, a média da escala total foi de 54.50 (± 8.42). Os valores das médias das subescalas variaram entre 15.67 (± 3.98), da SA e 12.00 (± 2.88), da AS.

No estudo de Moreira (2010), com progenitores sem incapacidade, onde se aplicou o mesmo instrumento, os resultados



encontrados revelam valores mais baixos na escala e respetivas subescalas, a saber: ESSS total - 44,03 ($\pm 12,5$); SA – 15.63 ($\pm 5,0$); IN – 11.63 ($\pm 4,13$); SF – 9.75 ($\pm 2,86$); AS – 7.03 ($\pm 3,35$).

Tabela 3. Resultados na Satisfação com o suporte social em progenitores com incapacidades sensoriais

Escala e subescalas	Mín.	Máx.	M	DP
Satisfação com Amigos	6	24	15.67	3.98
Intimidade	8	20	14.13	3.34
Satisfação com família	7	15	12.70	2.29
Atividades Sociais	5	15	12.00	2.88
Escala total	39	69	54.50	8.42

Relativamente à análise das relações entre as variáveis em estudo, os resultados relativos aos coeficientes de correlação de Spearman entre o total da escala de autoeficácia/EAEP (e subescalas) e a escala da satisfação com o suporte/ESSS (e subescalas) revelam que a escala global de satisfação com o suporte – ESSS apresenta correlações positivas e significativas ($p<.01$) com a dimensão da autoeficácia parental positiva e com a subescala ACPPD, respetivamente, $r=.469$ e $r=.485$. Além disso a subescala da satisfação do suporte dos amigos/SA está positiva e significativamente relacionada ($p<.01$) com a subescala ACPPDA e a dimensão da autoeficácia parental positiva ($r=.699$, $r=.659$), bem como com a subescala EIS ($r=.410$, $p<.05$) e a escala global da autoeficácia parental ($r=.367$, $p<.05$). A subescala da intimidade do suporte social/IN apresenta correlações significativas ($p<.05$) com a dimensão da autoeficácia parental positiva ($r=.380$) e com a subescala ACPPD ($r=.410$).

4. DISCUSSÃO

A análise dos resultados levam-nos a confirmar que as dimensões de autoeficácia parental e de satisfação com o suporte social constituem variáveis relevantes no ajustamento às tarefas e funções parentais e, por conseguinte, na autodeterminação e na inclusão das pessoas com incapacidade, em linha com o disposto na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Convenção (2006).

No presente estudo verificámos que os valores da autoeficácia parental e as suas dimensões são tendencialmente mais baixos que os resultados de outros estudos com amostras de progenitores sem incapacidade. Assim, no estudo de Loureiro (2012) os resultados da média da dimensão da autoeficácia parental positiva foi um pouco mais elevada ($M=101.9$) do que a média do presente estudo ($M=96.93$), o que revela uma percepção elevada dos comportamentos parentais promotores do desenvolvimento da criança. Paralelamente, a dimensão da autoeficácia parental negativa foi bastante mais elevada nos progenitores sem incapacidade ($M=101.9$) do que a dos progenitores do presente estudo ($M=47.93$), o que revela que os progenitores com incapacidade parecem ter uma percepção mais adequada do comportamento parental e uma consciencialização dos efeitos nefastos dos comportamentos permissivos e negligentes no desenvolvimento da criança. Os resultados do estudo de Brites (2010) sobre a autoeficácia parental com amostras de progenitores sem incapacidade são congruentes com os resultados do presente estudo, uma vez que os valores obtidos nas subescalas da dimensão positiva também foram superiores aos obtidos nas subescalas da dimensão negativa.

Estes indicadores são consistentes com a noção de incapacidade que por si não é indicativa de problemas e dificuldades nas crianças e que os problemas da parentalidade são normalmente similares nos progenitores com e sem incapacidade. A literatura refere que as evidências disponíveis sugerem que embora os progenitores com incapacidade tenham uma abordagem diferente na parentalidade, a presença de dificuldades, sejam físicas ou intelectuais, constituem fracos indicadores de correlação a longo prazo da má adaptação das crianças (National Council on Disability, 2012).

Relativamente à satisfação com o suporte social, constatamos que os participantes, de uma forma geral, apresentam um valor elevado de percepção do apoio proporcionado pela sua rede social. Assim, atendendo a que o valor global da escala pode variar entre 15 e 75 (Ribeiro, 2011), a média de 54.90 configura um valor elevado nos progenitores com incapacidade. A literatura realça a importância do suporte social, formal e informal, no exercício das tarefas parentais, bem como nos níveis de bem-estar e qualidade de vida. Para tanto, é necessário oferecer assistência e apoio material, logístico, informativo e emocional/ afetivo aos progenitores e cuidadores à prática das ações parentais (Dunst & Trivette, 2010; Felizardo, 2013), o que é particularmente relevante em populações com maior fragilidade, como são as pessoas com incapacidade.

Os resultados também mostram relações significativas entre algumas dimensões da autoeficácia parental e da satisfação com o



apoio social. Neste sentido, a satisfação global com o suporte e as subescalas suporte dos amigos/ SA e intimidade/IN emergiram como variáveis positiva e significativamente relacionadas com a autoeficácia parental positiva e suas subescalas (ACPPDA e a EIS). Estes dados reforçam a importância do suporte na emergência de comportamentos parentais positivos e promotores do desenvolvimento e aprendizagem das crianças.

A parentalidade é complexa e não pode ser realizada de forma individual, sendo necessário apoio adequado às necessidades dos progenitores ou cuidadores. A importância deste apoio é ainda maior na população com incapacidade uma vez que a informação acerca da parentalidade na incapacidade é ainda muito limitada. No entanto, sabemos que o suporte social constitui uma variável nuclear no exercício das tarefas de educação e cuidado (Felizardo, 2013), pelo que os apoios adequados são fundamentais para os progenitores com incapacidade e para os seus filhos. No entanto, muitos dos suportes precisam ser expandidos e melhorados no sentido de colmatarem as verdadeiras necessidades das famílias, de modo que estes progenitores tenham sucesso na parentalidade (National Council on Disability, 2012).

CONCLUSÕES

A atualidade da temática da parentalidade em pessoas com incapacidade, reforçada em 2006 com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência veio fazer emergir uma linha de investigação sobre as diversas dimensões da autodeterminação, em particular, sobre os apoios necessários para exercer o direito a formar uma família e a ter filhos, na prossecução de uma maior inclusão social.

Neste contexto, urge direcionar um maior esforço de investigação e intervenção no domínio, bem como conhecer as barreiras e delinear estratégias de apoio socioeducativo para facilitar a autodeterminação destes progenitores. Para o efeito, é importante trabalhar diferentes dimensões do processo, a saber: i) perceber as necessidades e competências parentais e familiares; ii) melhorar os apoios na criação de espaços e oportunidades de lazer; iii) promover ações de educação parental nomeadamente sobre o desenvolvimento da criança e adolescente, gestão do comportamento, comunicação e interação social, dinâmicas familiares; iv) promover o envolvimento parental nos contextos educativos e terapêuticos; v) apoiar as adaptações necessárias às tarefas parentais; v) proporcionar aconselhamento na gestão da carreira e da vida familiar.

Contudo, para melhorar as estratégias de intervenção é imperioso aplicar as leis de forma correta e melhorar atitudes e comportamentos face às pessoas com incapacidade, sendo que a perpetuação das insuficiências a este nível, aliadas ao subfinanciamento de medidas promotoras de inclusão social, certamente perpetuarão as barreiras que as pessoas com incapacidade enfrentam para exercer os seus direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, A. (2011). *A relação entre o sentimento de competência educativa parental, o apoio social, a autoestima e o rendimento escolar em alunos do ensino básico* (Dissertação de mestrado). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Alarcão, M. (2006). *Desequilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editores.

Amorim, M. (2006). *Construção e adaptação de um teste de atenção para indivíduos com deficiência visual* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto.

Ardelt, M., & Eccles, J. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22(8), 944-972.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bernardo, A. (2013). *Escola de mães: Ser precoce na intervenção* (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Brites, R. (2010). *Parentalidade, auto-estima e auto-eficácia: A situação de doença crónica de um filho* (Tese de doutoramento). Universidade do Algarve, Faro.

Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjetiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doença*, 1(1), 79-87.

Coleman, P., & Karraker, K. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.



Conley, C., & Olkin, R. (2001). Mothers with visual impairments who are raising young children. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(1), 14-28.

Cunha, J., Cendon, R., & Nohama, P. (2009). Tecnologias assistidas para indivíduos surdo-cegos. *Jornal Brasileiro de Neurocirurgia*, 20(1), 54-72.

Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2010). Family-centered helpgiving practices, parent-professional partnerships, and parent, family and child outcomes. In S. L. Christenson & A.L. Reschley (Eds.), *Handbook of school-family partnerships* (pp.362-379). New York, NY: Routledge.

Faria, M. (2015). Crenças de autoeficácia parental e de eficácia coletiva da família de pais de adolescentes: Mudança ou estabilidade? *Psicologia, Educação e Cultura*, 1(19), 130-142.

Felizardo, S. M. A. S. (2013). *Deficiência, família(s) e suporte social: Contextos e trajetórias de desenvolvimento para a inclusão* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Felizardo, S., & Ribeiro, E. (2015). Envolvimento parental e suporte social em contextos inclusivos. In J.A. Palhares & A.J. Afonso (Org.), *Atas do I Colóquio Internacional de Ciências Sociais da Educação, III Encontro de Sociologia da Educação: O não formal e o informal em educação: Centralidades e periferias* (pp. 1453-1458). Braga: Editora Centro de Investigação em Educação (CIEd), Universidade do Minho.

Gimeno, A. (2001). *A família: O desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.

National Council on Disability (2012). *Rocking the Cradle: Ensuring the rights of parents with disabilities and their children*. Acedido em <http://www.ncd.gov/publications/2012/Sep272012>.

Organização das Nações Unidas. (2006). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Acedido em <http://www.inr.pt/uploads/docs/direitosfundamentais/convancao/ConvTxtOfPort.pdf>

Paço, J., Branco, C., Moreira, I., Caroça, C., & Henriques, M. (2010). *Introdução à surdez*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Ribeiro, J. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Editora LDA.

Silva, M. (2015). *O suporte social percebido e a satisfação com os papéis de vida numa amostra de adultos trabalhadores* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.

Strech, P. (2015). *Parentalidade positiva*. Lisboa: Verso de kapa.

Vieira, M. (2011). *A iniciativa novas oportunidades: Uma oportunidade inclusiva* (Trabalho de projeto de mestrado). Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Lisboa.

Millenium, 2(ed espec nº1), 63-69.

**SAÚDE DAS FAMÍLIAS IMIGRANTES: ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

HEALTH OF IMMIGRANT FAMILIES: PEDAGOGICAL STRATEGIES IN NURSING TRAINING

**SALUD DE LAS FAMILIAS INMIGRANTES: ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS EN EDUCACIÓN EN
ENFERMEIRA**

Alcinda Reis

Ana Spínola

IP Santarém, ESSS, UI-IPS, UMIS - Santarém, Portugal



RESUMO

Introdução: A prática clínica dos enfermeiros com famílias imigrantes apresenta dificuldades na promoção da sua saúde; esta constatação despoleta a necessidade de estratégias pedagógicas na formação em Enfermagem para a construção das competências culturais nos estudantes. Na investigação desenvolvida identificaram-se elementos facilitadores da comunicação e da avaliação inicial das famílias, promotores da adesão e continuidade aos cuidados.

Objetivo: analisar a construção de competências culturais nos estudantes do 1º ciclo, partindo de situações estímulo em sala de aula – narrativas de enfermeiros.

Métodos: estudo qualitativo e etnográfico; técnicas de recolha de dados: narrativas, observação participante, grupos de discussão e entrevistas. Mobilizou-se o estudo de caso-análise em contexto de sala de aula, enquadrado por narrativas produzidas por enfermeiros – situações-estímulo. Utilizou-se instrumento de colheita de dados para avaliação de pessoa/família imigrante, sugerido por Campinha-Bacote (2011) – LEARN (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate), para a sua análise e discussão.

Resultados: Aprendizagens na intervenção com famílias – valores, costumes, crenças e práticas de saúde, para a tomada de decisão e resolução de problemas.

Conclusões: As estratégias pedagógicas revelaram-se facilitadoras das competências culturais nos estudantes, fornecendo orientações e objetivos para o ensino teórico e clínico na promoção da saúde com famílias imigrantes.

Palavras-chaves: Imigrantes e emigrantes; Competência cultural; Estratégias pedagógicas; Promoção da saúde; Estudantes de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Clinical practice of nurses with immigrant families presents difficulties in promoting their health. This statement gave support to teaching strategies in nursing education context – promoting the construction of cultural competencies. In the research developed, elements were identified as facilitators of communication and initial assessment of families, promoting adhesion and continuity in care.

Objective: To analyse the construction of cultural competencies in 1st cycle students, sustained by scientific evidence, starting from stimulus situations in classroom – narratives of immigrant families.

Methods: Qualitative and ethnographic study; data collection techniques: narratives, participant observation, focus groups and interviews. Mobilization of the case study analysis in classroom context, framed by narratives produced by nurses – stimulus situations. Use of the instrument for evaluation of immigrant family/person, suggested by Campinha-Bacote (2011) – LEARN (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate).

Results: Knowledge emerges in the intervention with families – values, customs, beliefs and practices of health, for decision making and problem solving.

Conclusions: The strategy proved to be a facilitator of cultural competences in students by providing guidelines objectives to be achieved in theoretical teaching and clinical teaching mobilization, regarding health promotion with immigrant families.

Keywords: Emigrants and immigrants; Cultural competency; Teaching methods; Health promotion; Nursing students

RESUMEN

Introducción: La práctica clínica de enfermería con familias inmigrantes presenta dificultades en la promoción de su salud; este hallazgo apoya estrategias en el contexto de la educación, para construcción de competencias culturales en alumnos. En la investigación elementos desarrollados fueron identificados facilitadores de la comunicación y evaluación inicial de las familias.

Objetivo: analizar la construcción de competencias culturales en alumnos del 1er ciclo, sustentadas en evidencia científica, a partir de situaciones de estímulo en el aula – relatos de familias inmigrantes.

Métodos: estudio cualitativo y etnográfico; técnicas de recogida de datos: narración, observación participante, grupos focales y entrevistas. Análisis del caso de estudio en aula, de las narrativas del personal de enfermería - situaciones de estímulo, utilizando el instrumento de recogida de datos para la evaluación de la familia de la persona inmigrante, sugerido por Campinha-Bacote (2011) – LEARN (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate).

Resultados: aprendizajes para la intervención con familias - valores, costumbres, creencias y prácticas de salud, con la movilización de estrategias para la toma de decisiones y resolución de problemas.

Conclusiones: la estrategia demostró ser un facilitador de competencia cultural en los estudiantes, proporcionando directrices y objetivos en educación teórica y clínica, para promoción de la salud con las familias inmigrantes.

Palabras Clave: Inmigrantes y emigrantes; Competencia cultural; Estrategias pedagógicas; Promoción de la salud; Los estudiantes de enfermería



INTRODUÇÃO

A prática clínica dos enfermeiros com famílias imigrantes tem revelado dificuldades na promoção da saúde destas pessoas. Falamos de imigrantes, na alusão às pessoas originárias de um país estrangeiro, que se encontram “documentadas” quando detentoras de título de residência (Portugal, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2012) e que obtiveram ou aguardam a obtenção de um estatuto legal de residência, como sugere Degazon (2011).

A evidência científica tem revelado a necessidade de que os enfermeiros sejam culturalmente competentes para cuidar das pessoas como afirmam Machado, Pereira e Machaqueiro (2010) do Alto Comissariado para a Saúde em Portugal. Tal como estes autores, sublinhamos a importância do desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros para que sejam implementados cuidados culturalmente adequados às pessoas imigrantes, nos diferentes contextos onde eles ocorrem.

Para Campinha-Bacote (2011), o primeiro objetivo da competência cultural é o incremento da equidade nos cuidados de saúde e a redução das disparidades relacionadas com diversidades étnicas e culturais das pessoas. Para esta autora a competência cultural é vista como um conjunto de habilidades que os enfermeiros precisam desenvolver, para conseguirem efetivamente cuidar das pessoas de forma centralizada. Diversos autores se questionam hoje, como é que os enfermeiros poderão cuidar das pessoas de forma centralizada, quando as suas crenças, práticas e valores estão tantas vezes em conflito com a cultura dominante nas organizações prestadoras de cuidados de saúde (Durieux-Paillard, 2011; Ingleby, 2011; Reis, 2015).

Evidencia-se um importante desafio para os enfermeiros, na prática clínica com pessoas e famílias imigrantes – o de saberem olhar para a sua unicidade, valorizando cada indivíduo no seu contexto e na sua cultura específica; contudo constata-se na produção científica em Portugal, um reduzido número de estudos sobre esta temática (Abreu, 2011; Reis, 2015).

No presente artigo, apresentamos uma investigação desenvolvida no âmbito das competências culturais nos enfermeiros e a sua continuidade em contexto da formação em enfermagem, no que respeita à génesis da construção deste tipo de competências nos estudantes. Definimos como objetivo analisar a construção de competências culturais nos estudantes do 1º ciclo, partindo de situações estímulo em sala de aula – narrativas de enfermeiros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A competência cultural é definida por Campinha-Bacote (2002; 2011) como um processo que deve ser desenvolvido de forma contínua, em que os profissionais de saúde vão progressivamente adquirindo a habilidade para trabalharem efetivamente dentro do contexto cultural da pessoa individual, família e/ou comunidade; desta forma não é algo que se atinja, mas antes algo que vai sendo atingido. Para que este processo ocorra, é necessário que atentemos no conjunto dos contractos que a autora define, como passíveis de se articularem entre si: desejo cultural, consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural e encontro cultural.

Campinha-Bacote (2011), conceptualiza o desejo cultural como motivação inicial ou aquela que vai sendo gradualmente desenvolvida. No estudo de Reis (2015), evidencia-se este tipo de motivação como apenas ocorrendo de forma gradual, nem sempre consciente, à medida que ocorre o aprofundamento das relações interpessoais entre estudante e/ou enfermeiro e pessoa; para esta autora no desejo cultural gradualmente desenvolvido o profissional muitas vezes “esquece” as diferenças culturais nas diádes de cuidados – os enfermeiros gerem a “imprevisibilidade” das situações e ao longo do tempo a motivação vai surgindo, à medida que as relações interpessoais se vão aprofundando.

No que concerne à consciência cultural, Campinha-Bacote (2011) refere-se à existência de uma noção da diversidade cultural entre quem cuida e/ou de quem é cuidado; o enfermeiro “aprende” com quem é culturalmente diverso de si mesmo, tal como Leininger (2001) identificou. Reis (2015) refere-se à necessidade de desenvolvimento deste tipo de consciência no contexto de formação, pois que se trata de um processo mais ou menos moroso de acordo com a capacidade introspectiva do estudante e/ou enfermeiro, face às suas próprias características culturais. No mesmo sentido, a estimulação do conhecimento cultural deverá ser desenvolvida de forma ativa para Campinha-Bacote (2011). Com a procura efetiva de fontes que sustentem a intervenção de enfermagem é possível de se harmonizarem diferentes crenças e valores entre quem cuida e quem é cuidado, como aponta a investigação (Abreu, 2011; Reis, 2015); identifica-se que quanto maior a mobilização de conhecimento cultural, maior a capacidade de negociação na prática clínica e de adesão aos cuidados propostos.

A habilidade cultural é conceptualizada por Campinha-Bacote (2002; 2011), como a capacidade de recolher dados relevantes do ponto de vista cultural, de acordo com as necessidades e problemas da pessoa/família a cuidar. Envolve “aprender” como conduzir uma colheita de dados culturalmente orientada, de modo a propor uma intervenção aceite pela pessoa e individualizada às suas especificidades. Decorre num processo de reciprocidade e negociação, por forma a atingir-se suficiente profundidade na recolha de dados em cada situação.



No modelo explanatório de Abreu (2011), podemos consultar a proposta de um conjunto de dados a serem obrigatoriamente recolhidos na avaliação inicial das pessoas e famílias imigrantes, tais como: informação genérica, cultura e doença, representações face ao problema de saúde atual, integração cultural e linguagem e comunicação. No estudo de Reis em 2015, a colheita de dados relativa a questões de género, à caracterização do controle social familiar destas pessoas, à extensão das famílias cuidadas, às suas referências culturais e à reflexão dos riscos da mobilização de familiares como intérpretes na prática clínica – também salientado por autores como Vega (2010), Ingleby (2011) e Durieux-Paillard (2011) – são identificados como achados relevantes para a reorientação de estratégias pedagógicas com estudantes de enfermagem do primeiro ciclo, em ensino teórico e clínico.

O encontro cultural é considerado por Campinha-Bacote (2011), como a interação entre enfermeiros e pessoas de um background culturalmente diverso do seu. A autora salienta que uma das finalidades é gerar uma ampla variedade de respostas e enviar e receber um conjunto de sinais verbais e não verbais no processo de comunicação, suscetíveis de o contextualizar de forma apropriada e aceitável para quem cuida e quem é cuidado. Outros autores (Abreu, 2011, Reis, 2015), salientam também como finalidade importante nestes encontros, a manutenção da interação em continuidade, por forma a validar, refinar ou se necessário modificar valores, crenças e/ou práticas de saúde culturalmente enraizadas; salientam que os estereótipos e a tendência para a homogeneização dos grupos culturais é algo que terá sempre que ser claramente acautelado pelos estudantes, desde o ensino clínico no primeiro ciclo de formação em enfermagem.

É neste sentido que urge a implementação de estratégias pedagógicas em ensino teórico, indutoras da capacidade reflexiva e analítica dos estudantes. Tal como aponta Madeira (2015), é fundamental a operacionalização de estratégias promotoras da aquisição das competências para produção de respostas adequadas às diversas situações de cuidados de saúde, com que os estudantes são confrontados em contexto clínico.

Na especificidade da prática clínica com imigrantes, Campinha-Bacote (2011), sublinha que a cultura é sempre um fator potencial de conflito, uma vez que nela residem os alicerces identitários de cada pessoa; salienta ainda que as situações de conflito cultural são excelentes oportunidades para os enfermeiros cultivarem a sua compaixão. Sublinha que cultivar a compaixão, é uma dimensão a trabalhar na prática clínica de enfermagem, pois que requer a compreensão por estudantes e enfermeiros, de situações do ponto de vista do “outro” e o compromisso de que seja feita autorreflexão sobre a forma como as ações de quem cuidam, afetam as outras pessoas – significando que quem cuida se respeite a si mesmo de forma profunda, sem negar os seus próprios valores e crenças.

Nas investigações produzidas por Reis (2015) e Madeira (2015), salienta-se o contexto da formação em enfermagem, considerando a alternância entre ensino teórico e ensino clínico, como oportunidades de confronto dos estudantes consigo mesmos. Reis (2015) identifica os momentos de interação entre estudantes do primeiro ciclo e/ou enfermeiros e as pessoas imigrantes como oportunidades de interiorização de novos conceitos e reenquadramento de valores para “uns” e para “outros”; tal como Leininger (2001), valorizamos também a possibilidade da descoberta cultural como produtora de insights e do desenvolvimento da estrutura cognitiva a que alude Costa (2008), pelas experiências em contexto de cuidados – base da construção de competências culturais. A revisão da literatura efetuada, sustentou a definição e mobilização de estratégias pedagógicas em contexto de formação em Enfermagem que agora apresentamos, como potencialmente promotoras da génese da construção das competências culturais nos estudantes do 1º ciclo.

2. MÉTODOS

O estudo apresentado foi desenvolvido no âmbito de uma tese de doutoramento, posteriormente publicada em livro (Reis, 2015); desenvolvemos uma investigação qualitativa e de orientação etnográfica, procurando a reconstituição dos significados das competências culturais nos enfermeiros (Flick, 2005; Streubert & Carpenter, 2013), com cinquenta e dois participantes voluntários – vinte e sete imigrantes, vinte e três enfermeiros, um mediador cultural e um médico, sendo oito do sexo masculino e quarenta e quatro do sexo feminino. As suas idades situavam-se entre dezanove e cinquenta e cinco anos; a inclusão dos participantes foi sendo feita pela técnica de amostragem de “bola de neve” (Flick, 2005). De acordo com Durand e Blais (2003), os dois últimos participantes mencionados, asseguraram a garantia de validade interna do estudo, face ao domínio conceptual sobre o fenómeno em causa.

Mobilizámos como métodos de recolha de dados: análise de narrativas focalizadas nos momentos de encontro cultural entre enfermeiros e imigrantes (com indivíduos e com famílias) tal como propõem Bogdan e Biklen (2010); observação participante com registo inicialmente descritivo e posteriormente focalizado da interação e cuidados entre enfermeiros e imigrantes (Spradley, 1980); dois grupos distintos de discussão (um para enfermeiros e um para imigrantes), valorizando esta técnica na compreensão do comportamento e das atitudes dos sujeitos, como aponta Geoffrion (2003), e entrevistas com uma orientação semi-diretiva no seu desenvolvimento (Flick, 2005) a todos os tipos de participantes.



Subsequentemente à investigação inicial e de acordo com as evidências produzidas, mobilizámos o estudo de caso-análise em contexto de sala de aula, partindo de narrativas de enfermeiros. O estudo de caso-análise – estratégia de análise fundamentada selecionada, permitiu-nos através da organização cognitiva inicial perspetivar a interação nos diferentes contextos como nos refere Stake (2012), através das experiências vividas pelos diferentes atores, permitindo a análise compreensiva do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. Propusemo-nos o desafio de uma experiência de aprendizagem contextual e significativa para os estudantes na área da avaliação e planeamento da intervenção com as pessoas imigrantes no contexto das suas especificidades culturais familiares. Assumimos como pressuposto que a idealização e o desenvolvimento de cenários de aprendizagem se constitui numa estratégia educativa promotora do desenvolvimento de competências para enfrentar os desafios da sociedade, apelando simultaneamente à participação ativa do estudante nos processos (Amendoeira, Godinho, Reis, Pinto, Silva & Santos, 2013). Tal como apontam estes autores, considerámos esta forma de simulação como uma estratégia de aquisição de saberes e competências em contextos diversificados da formação em enfermagem em ambiente de escola.

2.1. Procedimentos

Foram respeitados todos os princípios éticos na investigação, no que concerne à proteção de dados e participantes, procurando-se a articulação entre a clareza nos objetivos do estudo e a utilização dos diferentes métodos para a recolha de dados (Flick, 2005). Esta recolha decorreu após assinatura do consentimento informado, clarificando-se adicionalmente a sua mensagem (quando necessário) e os fins para que a informação seria usada, como prevê a Declaração de Helsínquia (2008). Após emissão de parecer favorável à prossecução de estudo pela comissão de ética a que havia sido submetido, procedemos ao seu desenvolvimento.

Cabe aqui a clarificação dos procedimentos adotados pós investigação, para desenvolvimento de situações-estímulo com estudantes: os professores constituíram-se como elemento facilitador, promotor de momentos de discussão e reflexão, por referência ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de família, fornecendo narrativas produzidas por enfermeiros e objetivos concretos a atingir no processo de cuidados com a família culturalmente diversa. As diferentes narrativas constituíram-se como situações-estímulo para os estudantes – organizados em distintos grupos de trabalho.

A operacionalização do estudo de caso-análise estruturou-se num primeiro momento em cada grupo, a partir dos conceitos previstos no instrumento de colheita de dados para avaliação de pessoa/família imigrante mobilizado por Campinha-Bacote (2011) – LEARN (Listen, Explain, Acknowledge, Recommend, Negotiate). Num segundo momento os grupos procederam à análise fundamentada de cada narrativa, descontextualizando os diferentes excertos, ilustrativos na perspetiva dos estudantes, dos diferentes conceitos previstos no instrumento fornecido; fundamentaram a sua análise e perspetivaram diferentes cenários passíveis de serem mobilizados numa intervenção culturalmente coerente a cada situação em causa. Num terceiro momento procedeu-se à apresentação e discussão plenárias dos estudos de caso elaborados por cada grupo.

3. RESULTADOS

Com a implementação das estratégias de ensino e aprendizagem ancoradas na investigação anteriormente produzida, estudantes e professores foram identificando aquisições – nas diferentes etapas do processo de estudo de caso-análise descrito – essencialmente enquadráveis ao nível de duas áreas interligadas:

- A da importância de uma colheita de dados culturalmente adequada.
- A da sensibilização para a necessidade de ser-se culturalmente competente em ordem ao desenvolvimento de uma prática clínica coerente com pessoas e famílias imigrantes.

A discussão plenária após análise fundamentada das situações-estímulo trabalhadas por cada grupo, sintetizou duas dimensões fundamentais a serem mobilizadas na preparação dos encontros culturais entre estudantes e famílias imigrantes:

- Os familiares como intérpretes, configuraram dificuldades frequentes para imigrantes, familiares e estudantes.
- A capacidade de gestão da imprevisibilidade dos futuros enfermeiros e dos profissionais em contexto clínico, surge como um elemento a considerar no âmbito do desenvolvimento da consciência e conhecimento culturais de quem cuidam. Ambas as dimensões foram identificadas como necessárias ao processo de comunicação essencial à promoção da adesão das famílias aos cuidados propostos.



4. DISCUSSÃO

No que concerne à colheita de dados nas famílias imigrantes, da análise e discussão das situações estímulo, emergiu a mais valia da utilização de um instrumento de colheita de dados (no caso presente o LEARN) – culturalmente adaptado. Foi identificada a necessidade de clarificação das formas de escuta mais adequadas ao “Listen”, bem como às estratégias de comunicação a serem mobilizadas (para o “Explain”); salientou-se a importância da orientação que havia sido efetuada, relativamente a fontes para pesquisa ativa de conhecimento cultural, contextualizando as crenças de saúde e de doença para operacionalização do “Acknowledge, Recommend e Negotiate” com estas famílias em contexto clínico, tal como apontam Campinha-Bacote (2002; 2011) e Abreu (2011). A necessidade identificada pelos estudantes, de desenvolvimento das suas competências culturais, surge associada à tomada de consciência das suas próprias referências culturais e à identificação antecipada da fonte de dificuldades que a prática clínica com famílias de imigrantes, se poderá constituir na ausência de preparação específica, em linha com os achados de diferentes autores (Vega, 2010; Ingleby, 2011; Reis, 2015).

CONCLUSÕES

A estratégia revelou-se facilitadora da construção de competências culturais nos estudantes do primeiro ciclo em enfermagem, fornecendo orientações e objetivos concretos a serem atingidos em ensino teórico e a mobilizar em ensino clínico, no que respeita à promoção da saúde com famílias de imigrantes.

Os estudantes e os professores envolvidos na estratégia pedagógica proposta, valorizaram a possibilidade da mobilização das evidências produzidas na investigação inicialmente desenvolvida, como enquadradoras do processo reflexivo na formação em enfermagem culturalmente coerente. Valorizaram a emergência de novas aprendizagens, relativas à segurança na intervenção com famílias imigrantes, face a valores, costumes, crenças e práticas diversas a serem valorizadas bilateralmente em contexto clínico.

Em síntese, o conhecimento adquirido sobre estratégias adequadas a cada interação perspetivada a partir das situações-estímulo, surgiu relevado como fundamental à capacidade de pensamento crítico, tomada de decisão e resolução de problemas – pilares essenciais da construção das competências culturais dos estudantes do primeiro ciclo de enfermagem.

A inclusão de estudantes como participantes não foi considerada na investigação inicialmente desenvolvida; esta opção configurou uma limitação do estudo e simultaneamente uma sugestão futura. Neste sentido, apontamos o desenvolvimento de investigação que privilegie a observação participante de estudantes em encontros culturais com famílias imigrantes em contexto de ensino clínico bem como de situações-estímulo presenciais ou simuladas em ensino teórico. Sugerimos ainda estudos que incluam a monitorização de estratégias pedagógicas para a resolução de problemas, tendo como foco a interação e cuidados com famílias imigrantes, visando a sustentação continuada do desenvolvimento das competências culturais dos enfermeiros, desde o primeiro ciclo da sua formação.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses no estudo desenvolvido.

AGRADECIMENTOS

Ao Agrupamento de Centros de Saúde do Ribatejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2^a ed.). Coimbra, Portugal: Formasau.

Amendoeira, J., Godinho, C., Reis, A., Pinto, R., Silva, M., & Santos, J. (2013). Simulação na educação em enfermagem: Conceitos em transição. *Revista da UIIPS*, 1(4), 212-228. Acedido em http://www.ipssantarem.pt/wp-content/uploads/2013/07/Revista-da-UIIPS_N4_Vol1_2013_ISSN-2182-9608.pdf

Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. doi:10.1177/10459602013003003



Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man05

Costa, A. (2008). Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. In L.M. Gomes (Ed.), *Enfermagem e úlcera de pressão: Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 81-102). Islas Canarias, Espanha: ICE.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos. (2008). Acedido em http://portal.arsnorte.min.saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declarao_Helsinquia_2008.pdf

Degazon, C.E. (2011). Diversidade cultural na comunidade. In M. Stanhope, & J. Lancaster (Eds.), *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7^ªed., pp. 148-172). Loures, Portugal: Lusociência.

Durand, C., & Blais, A. (2003). A medida. In B. Gauthier (Ed.), *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3^ª ed., pp.175-200). Loures, Portugal: Lusociência.

Durieux-Paillard, S. (2011). Differences in language, religious beliefs and culture: The need for culturally responsive health services. In B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict, & M. McKee (Eds), *Migration and health in the European Union* (pp. 203-212). Berkshire, USA: McGraw Hill. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.

Geoffrion, P. (2003). O grupo de discussão. In B. Gauthier (Ed.). *Investigação social: Da problemática à colheita de dados* (3^ª ed., pp. 319-344). Loures, Portugal: Lusociência.

Ingleby, D. (2011). Good practice in health provision for migrants. In B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict, & M. McKee (Eds), *Migration and health in the European Union* (pp. 227-241). Berkshire, USA: McGraw Hill. Acedido em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf

Leininger, M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, 34(2), 16-17.

Machado, M. C., Pereira, F., & Machaqueiro, S. (2010). Approaches to migrant health in Portugal. *Eurohealth*, 16(1), 30-31. Acedido em <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL16No1/Machado.pdf>

Madeira, A.C.S. (2015). O estudante de enfermagem no processo de cuidados em ensino clínico. Sarbrucken: Novas Edições Acadêmicas.

Reis, A. (2015), Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros: A prática clínica dos enfermeiros em CSP. Saarbrucken: Novas Edições Acadêmicas.

Portugal, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2012). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo: 2011*. Oeiras, Portugal: SEF. Acedido em http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2011.pdf

Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York, USA: Holt, Rinehart and Winston.

Stake, R. E. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso* (3^ª ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5^ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

Vega, A. (2010). *Soignants soignés: Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles, Belgique: De Boeck.

Millenium, 2(ed espec nº1), 71-78.

A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE MULHERES TOXICODEPENDENTES NO PERÍODO PÓS PARTO

THE LIVED EXPERIENCE OF ADDICTS WOMEN IN POSTPARTUM PERIOD

LA EXPERIENCIA VIVIDA DE LAS MUJERES ADICTAS EN EL PERÍODO POST-PARTO

*Carolina Henriques*¹

*Maria Antónia Botelho*²

*Helena Catarino*¹

¹Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal



RESUMO

Introdução: A maternidade é um dos eventos mais marcante e critico na vida das mulheres. De forma mais ou menos desejada, mais ou menos planeada, ser-se mãe reveste-se de tamanha particularidade a que os profissionais de saúde devem estar especialmente atentos.

Métodos: Realizamos um estudo fenomenológico e interpretativo. As participantes foram selecionados de forma intencional. Realizadas 14 entrevistas fenomenológicas com uma abordagem não estruturada. Recorremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990) para análise dos dados.

Resultados: Os achados obtidos indicam-nos que as mulheres participantes no nosso estudo percecionam a capacidade intencional de cuidarem dos seus filhos, associando-se uma forte ligação e vinculação aos seus filhos, fazendo-as sentirem-se como mães. Se a historia de vida passada ainda é muito presente nestas mulheres, há como que uma necessidade de o esquecer, permitindo-lhes terem a capacidade de se projetarem num futuro. Referindo-nos muitas vezes o estigma social que carregam em relação à capacidade de serem 'boas' mães, estas mulheres parecem ansiar por um maior apoio quer por parte dos profissionais, quer por parte das instituições.

Conclusões: Concluímos que parece ser determinante o desenvolvimento de programas de apoio e projetos de intervenção junto destas mulheres, com vista à sua reabilitação e capacitação.

Palavras-chaves: Mulheres; Adição; Maternidade; Fenomenologia

ABSTRACT

Introduction: Motherhood is one of the most striking events is critical in the lives of women. More or less desirable, more or less planned, be a mother is of such particularity that health professionals should be especially attentive.

Methods: We performed a phenomenological and interpretative study. The participants were selected intentionally. Held 14 phenomenological interviews with an unstructured approach. We use procedural assumptions of Van Manen (1990) for data analysis.

Results: The findings indicate to us that the women participating in our study percecionam intentional ability to care for their children, associating a strong connection and attachment to their children, making them feel as mothers. If the past life history is still very present in these women, there is as a need to forget it, allowing them to have the ability to project themselves in the future. Referring often the social stigma they carry in relation to the ability to be 'good' mothers, these women seem to yearn for greater support either by professionals or by the institutions.

Conclusions: We conclude that seems to be determining the development of support programs and intervention projects with these women, with a view to rehabilitation and training.

Keywords: Women; Addition; Maternity; Phenomenology

RESUMEN

Introducción: La maternidad es uno de los eventos más llamativos es crítico en la vida de las mujeres. Más o menos deseable, más o menos planificada, ser madre es de tal particularidad de que los profesionales de la salud deben prestar especial atención.

Métodos: Se realizó un estudio fenomenológico e interpretativo. Los participantes fueron seleccionados intencionalmente. Celebrado 14 entrevistas fenomenológicas con un enfoque estructurado. Utilizamos supuestos de procedimiento de Van Manen (1990) para el análisis de datos.

Resultados: Los resultados nos muestran que las mujeres percepcionan capacidad intencional para cuidar a sus hijos, que asocia una fuerte conexión y el apego a sus hijos, haciendo que se sientan como madres. Si la historia pasada vida es todavía muy presente en estas mujeres, no como una necesidad de olvidarse de él, que les permite tener la capacidad de proyectarse en el futuro. Refiriéndose a menudo el estigma social que llevan en relación con la capacidad de ser "buenas" madres, estas mujeres parecen añorar un mayor apoyo, ya sea por profesionales o por las instituciones.

Conclusiones: Llegamos a la conclusión que parece ser crucial en el desarrollo de programas de apoyo y proyectos de intervención con estas mujeres, con miras a la rehabilitación y la formación.

Palabras Clave: Mujeres; Adición; Maternidad; Fenomenología



INTRODUÇÃO

Unitário no mundo da experiência vivida, os seres humanos são perspetivados como sujeitos vivenciados nos processos de saúde-doença e os enfermeiros, profissionais que fazem parte destes mundos (Watson, 2002), tanto no acompanhamento destas situações (na saúde e na doença), “quanto na elaboração e significação posterior; na exploração cuidativa do sentido do vivido para quem o viveu” (Lopes, 2012, p.20). As nossas experiências encontram significado mais tarde, quando determinados eventos nos assombram ou retornam a nós em memórias.

Partindo do entendimento do Homem que só pode ser compreendido a partir da sua própria existência, as experiências vividas (Dilthey, 1989) pelas mulheres aquando da gravidez, parto, pós-parto e primeiros anos de vida da criança, parecem ser determinantes para o conhecimento do ajustamento, adaptação e transição à maternidade e ao papel maternal, sendo que os enfermeiros deverão ser capazes de compreender as suas especificidades (Watson, 2002).

Embora os conceitos de gravidez e maternidade sejam ainda hoje muito analisados por uma conceptualização naturalista (experiência natural, comum às mulheres, predisposição biológica para procriar) e essencialista (competências inatas para ser mãe), os mesmos devem ser explorados como processos vivenciados pelas mulheres (Monteiro, 2005), em que a gravidez se traduz pelo período que medeia a conceção e o parto, e a maternidade por um processo que se inicia no período pré-concepcional não havendo um término definido para a conclusão do mesmo. Assim, a maternidade assume-se como um processo a longo prazo, em que nos primeiros anos de vida da criança, pelas necessidades cuidativas a desempenhar, a “dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanente”, o exercício da mesma tem uma maior visibilidade (Canavarro, 2001, p.19).

Inserido no projeto da maternidade, a gravidez é entendida como o período onde se ensaiam cognitivamente papéis e tarefas maternas, podendo iniciar-se ou não, o processo de vinculação pré-natal à criança. Reestruturando-se relações para a inclusão de um novo membro na família, a experiência da maternidade é múltipla e variável, dependendo em larga medida do significado que lhe é atribuído por quem o experiência (Canavarro, 2001), tendo como fim a consecução do papel maternal (Mercer, 2004).

Assim, percecionamos a necessidade de desocultar a experiência vivida de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento pós parto (até aos 30 dias após o nascimento da criança), tendo como objetivo o de ‘Compreender a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no momento pós parto (até aos 30 dias após o nascimento da criança).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Quando nos centramos em mulheres com comportamentos de adição a substâncias, facilmente percebemos que o processo de consecução do papel maternal, enquanto processo de transição, se trata de um fenómeno de elevada complexidade, onde se entrecruzam múltiplos fatores associados à pessoa, ao ambiente que o rodeia e aos processos saúde-doença, estando presentes experiências, interações e condições ambientais que expõem estas mulheres a uma situação de vulnerabilidade com riscos acrescidos (Meleis, et al., 2000; Henriques, Botelho & Catarino, 2015). Os comportamentos de adição a substâncias psicoativas não são mais que manifestações exteriores de conflitos do indivíduo com ele próprio e com os outros, em que as drogas, representam a solução viável para se estar na vida, pois atenuam ou eliminam afetos e emoções dolorosas e intoleráveis (Frazão, Pereira, Teles & Amaro, 2001).

A gravidez, se precedida de um projeto adaptativo, pode constituir na sua essência um período de tentativas e ensaios. Diremos, que os nove meses que antecedem o nascimento da criança constituem um período de ensaios, de ligação, ansiedade, de fantasias e reflexões, que permitem que o projeto da maternidade se construa e consolide (Bjørg, Morten & Elin, 2007; Canavarro, 2001).

O período da gravidez, o nascimento de uma criança e os cuidados inerentes à mesma, implicam um ajustamento que requer atitudes e comportamentos que tornem possível a assunção da maternidade (Canavarro, 2001).

Procurando ajudar as mulheres a alcançar o máximo potencial de saúde, através de programas, projetos e intervenções específicas a comunidades vulneráveis e em condições sociais complexas desde o período pré-concepcional, na gravidez e puerpério, os enfermeiros deverão conhecer e estar atentos às especificidades da transição para o papel maternal, com vista a mediar e a facilitar o mesmo, tendo em conta a procura permanente da excelência no exercício profissional (International Council of Nurses, 2012).

A revisão sistemática da literatura que efetuámos centrada nas experiências vividas de mulheres face à transição para o papel maternal quando têm problemas de adição a substâncias psicoativas permitiu compreender que os contextos de vida (familiares, sociais, afetivos e de violência) em que estas mulheres se movem são complexos e fulcrais para construção da identidade materna destas mulheres (Henriques, Botelho, Henriques & Vaz, 2014).

Alguns investigadores no domínio da enfermagem obstétrica apontam que a complexidade e o valor da transição para a maternidade de cada mulher tem sido silenciado, especialmente as que se encontram em situações de maior vulnerabilidade (Parratt & Fahy, 2011). O silenciamento das vozes destas mulheres é reforçado com a suposição de que o self, as percepções, as atitudes e os comportamentos podem ser medidos quantitativamente, e que essas medidas são uma representação válida das experiências das mulheres, sendo que o conceito de 'ser mãe' ainda é muito focado em mulheres de grupos mais favorecidos ou menos vulneráveis (Mercer & Walker, 2006).

Considerando estas mulheres como seres vivenciados, a enfermagem poderá contribuir para a compreensão do fenómeno, ocupando-se assim da resposta humana aos processos de vida (Meleis, 2011), com recurso a encontros significativos por quem os experiências. Por outro, tendo por base o estudo da resposta humana, os enfermeiros deverão ser capazes de prestar cuidados de enfermagem significativos ao outro, ajudando o outro a reorganizar-se no sentido da qualidade da sua saúde e da sua vida (Parse, 1998), em que o ser humano encontra o significado do vivido quando reflete sobre o mesmo.

Estas mulheres, perspetivadas como seres unitários, são mais do que a soma das suas partes, em constante interação mútua e simultânea e são cocriadoras das situações de vida com o ambiente, em que o enfermeiro oferece a sua presença verdadeira e guia a pessoa no desvelar do significado da situação a mover-se em direção aos seus sonhos e esperanças, em que a meta principal é a qualidade de vida sob a perspetiva da própria pessoa (Parse, 1998).

Os cuidados de enfermagem prestados aos indivíduos com problemas de adição a substâncias psicoativas de uma forma geral, e a estas mulheres em particular, deverão facilitar os múltiplos processos de transição com base nas suas experiências, nos seus contextos, nas suas recaídas e nos processos individuais de recuperação, com vista à sua autonomização (Rosa, Gomes & Carvalho, 2000).

2. MÉTODOS

Através dos pressupostos existências de Heidegger permite-nos aceder à conceptualização do sujeito vivido, no mundo e com o mundo, por outro, a hermenêutica gadameriana visa revelar e esclarecer qual o significado mais profundo do que está oculto, visando a compreensão do próprio homem, no mundo em que vive, na sua história e na sua existência, vinculado à sua condição de possibilidade finita, sendo uma tarefa criadora, circular, que ocorre no âmbito da linguagem. Afastando-nos de um paradigma interpretativo da procura do sentido exato da norma, direcionamo-nos fundamentados nos trabalho de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer para uma busca da compreensão como totalidade, em que a linguagem medeia o acesso ao mundo e às coisas.

A nossa pesquisa situa-se no paradigma qualitativo, de desenho fenomenológico e interpretativo, inspirado na fenomenologia existencial de Heidegger e na hermenêutica de Gadamer, que permitirá ao investigador o acesso ao fenómeno, a sua apreensão e compreensão, sendo que o mesmo tem início na experiência vivida do investigador no âmbito da sua atividade profissional. Trata-se ainda, de um estudo transversal e retrospetivo no que respeita à colheita de dados.

Partindo do sentido de Ser no mundo e da existência humana, Heidegger (2005) propõe uma compreensão do Homem enquanto ser-no-mundo, um ser-aí, procurando a desocultação da vida humana, em que a fenomenologia nos permite aceder aos fenómenos vividos, como aquilo que se revela e se mostra em si mesmo, compreendidos e com significado através da interpretação dos mesmos.

2.1 Amostra

Procurando a compreensão sobre a experiência vivida da transição para o papel maternal de mulheres com problemas de adição a substâncias psicoativas no período pós parto, partimos para encontros significativos com estas, através de uma escolha propositada e orientada pelas propostas apresentadas pelas equipas de enfermagem que constituem as Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento da região centro (Centro de Respostas Integradas - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), detendo estas um conhecimento aprofundado sobre as participantes, permitindo desta forma ao investigador atingir os objetivos do estudo e responder à questão de investigação.

Definimos como critérios de elegibilidade para a participação no nosso estudo, mães com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, que soubessem ler e escrever e que acordassem voluntariamente participar na nossa investigação. Todas as participantes estavam ao abrigo de programas terapêuticos (substituição narcótica de opiáceos) no âmbito dos Centros de Respostas Integradas.

Não se pretendendo qualquer tipo de representatividade ou extrapolação, já que neste tipo de investigação o que se pretende é dar contributos significativos para a compreensão do fenómeno em estudo, definimos dez, o número mínimo de participantes, com vista a alargar ao máximo as possibilidades de análise e interpretação do fenómeno em estudo, com o objetivo que este se



torne claro, no entanto, os estudos fenomenológico-hermenêuticos não se centram no numero de casos, mas sim na captura dos significados individuais face ao fenómeno a estudar (Smith, Flowers & Larkin, 2013). Fizeram parte deste estudo catorze participantes.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Entendemos que a entrevista fenomenológica com uma abordagem não estruturada nos permite uma descrição colorida do fenômeno, permitindo às participantes narrarem nas suas próprias palavras a sua experiência vivida do fenómeno, bem como a possibilidade de uma melhor interpretação da forma como o mesmo é experienciado pelas participantes do estudo. Definimos à partida um momento (encontro) para a realização das entrevistas com as participantes. No entanto, atendendo ao contexto de vida destas mulheres, à sua situação de vulnerabilidade e ao fenómeno em estudo que consideramos como sendo de grande complexidade, houve necessidade em alguns casos, de realizar dois encontros com as participantes. As entrevistas decorreram tendo por base uma atitude dialogante entre o investigador e as participantes, sustentadas nos objetivos traçados para a investigação que serviram de mote ao diálogo, em que é no encontro do ser por meio da linguagem que tudo acontece. Foram realizadas catorze entrevistas. A gravação da entrevista realizou-se em suporte áudio, no sentido de converter as entrevistas em textos escritos, tal como a tomada de notas de campo em suporte de papel através de um bloco de notas. O processo de realização das entrevistas demorou cerca de quatro meses e decorreu entre os meses de maio e agosto de 2015.

2.4 Procedimentos

Após a realização de uma entrevista e sua gravação, procedemos à sua transcrição, associando as notas de campo tomadas no decurso da mesma. Posteriormente à transcrição completa, o texto narrativo foi enviado às participantes, através de correio eletrónico e em alguns casos por correio, no sentido de estas validarem o processo de transcrição realizado pelo investigador. O investigador posteriormente entrou em contacto telefónico com as mesmas.

Com vista à apropriação dos dados, nenhuma entrevista foi realizada sem que a anterior tivesse sido transcrita, isto permitiu ao investigador deslocar-se no sentido da procura da compreensão do fenómeno e sua desocultação.

Após a validação da transcrição pelas participantes, os textos foram analisados com vista a retirar dos mesmos os aspetos não relacionados com o fenómeno em estudo, permitindo ao investigador procurar centrar-se no fenómeno em estudo, deixando de lado aspetos muito abstratos ou divagações relacionados com outros assuntos. No processo de análise fenomenológica, o investigador mergulhou nos dados, fazendo leituras e releituras circulares dos mesmos, buscando a compreensão de cada dado em relação ao todo, e do todo em relação a cada dado (círculo hermenêutico).

Com vista a orientarmo-nos no processo de análise dos dados acedidos através das entrevistas recorremos aos pressupostos processuais de Van Manen (1990).

Do ponto de vista ético atendemos ao direito à autodeterminação das participantes em estudo, garantindo que foram salvaguardados os direitos dos indivíduos que desejavam ou não participar autonomamente no estudo, informando-as que podiam abandonar a investigação a qualquer momento; o direito à intimidade, assegurando que nenhuma informação privada é dada a terceiros; o direito ao anonimato e à confidencialidade, garantindo que as transcrições das entrevistas não identificam as participantes, e que os dados pessoais e íntimos não serão partilhados sem autorização das mesmas. Em termos éticos e tendo em conta a natureza da nossa investigação, procurou-se atender aos princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Neste estudo foram tidos em consideração todos os procedimentos formais necessários no que diz respeito ao pedido de autorização para a realização da investigação e sua aprovação, nomeadamente à Administração Regional de Saúde do Centro, que autorizou a realização do estudo, após emissão de parecer favorável do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e das Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento. O protocolo de investigação foi ainda analisado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo o mesmo sido aprovado.

3. RESULTADOS

Numa tentativa de se erguerem acima do seu destino, estas mulheres situando-se na relação mãe-filho expressam, quase que inequivocamente, a capacidade de cuidarem de seus filhos. Porque faziam quase tudo, porque eram capazes, porque estavam lá ... os filhos foram o foco, onde centralizaram tudo o que lhes possibilitava serem iguais e diferentes. Diferentes pela possibilidade de superação, iguais pela semelhança, à imagem figurativa do que é 'ser boa mãe'.



“Quando a bebé estava lá eu é que fazia tudo, nos primeiros dias eles é que queriam fazer e eu disse eu quero a minha filha, eu quero fazer. (...) Uma enfermeira lá no hospital então disse-me, anda cá, anda cá, estica os braços vá, tens de aprender, não pode ser só a ver. Eu fiquei tão contente, eu é que lhe dava banho, trocava as fraldas, dava de comer, tudo, tudo, eles não faziam quase nada, tratavam dos outros. Isto era muito importante para mim, eu aprendi a fazer e a minha filha sentia que era eu.” (Dora – N1).

“Ela comia bem, eu dava-lhe peito e nisso não tive problema nenhum, tanto é que ela mama até agora. Eu era que lhe fazia tudo, fui eu que lhe dei logo o primeiro banho, que a vesti, tudo, não senti dificuldades nenhuma (...). Não sentia dificuldades nenhuma em cuidar dela, à exceção de ela chorar muito.” (Carla – N10).

Dos achados parece-nos evidente que é na ligação e vinculação aos seus filhos que estas mulheres se sentem como mães, e é este laço muitas vezes não sentido até então para algumas das participantes, que as faz sobrepujar a si próprias, aos outros e aos contextos que estavam inseridas. ‘Storge’, palavra grega que se refere ao amor existente entre pais e filhos, é também designado por “afeição” (Lewis, 1986, p.28), constituindo-se o tipo de amor mais amplo, menos exigente e menos turbulento que é experienciado por qualquer pessoa, edificando-se no amor mais humilde. Assim, “a verdade é a de que o amor é, de certa forma e possivelmente, o bem último e supremo que pode ser alcançado pela existência humana” (Frankl, 1987, p.31).

“Apesar de pessoas como eu terem um passado complicado, nós sentimos como as outras mães.” (Maria – N3).

“Foi até hoje, o ano novo que passei melhor, porque estávamos só nós as duas! Ela tinha nascido há pouco tempo e éramos só as duas que ali estávamos, foi muito bom!” (Carla – N10).

Através de estadios progressivos, estas mulheres percorrem todo um caminho que as pode permitir reencontrarem-se com o seu Ser, pelo que, os enfermeiros têm nelas uma oportunidade de um novo olhar do que pode vir a ser ‘tornar-se mãe’.

O estudo inglês que procurou compreender de que forma programas de reabilitação para a toxicodependência podem criar oportunidades de afirmação da identidade materna, mostra-nos que as mulheres toxicodependentes em processo de reabilitação mostram-se motivadas em agir no supremo interesse do seu descendente, tendo uma oportunidade para se reabilitar do uso de drogas (Radcliffe, 2011). Este estudo reforça que é importante que os profissionais de saúde respondam a este desafio, envolvendo estas mulheres nos serviços de saúde.

Se nesta possibilidade de Consecução do Ser, o passado parece ser sempre presente, em que a culpa dilacera a alma, é pelo prisma do futuro que há a necessidade premente de cortar com todo um passado.

“Houve um dia que fez uma convulsão, senti-me tão mal, tao culpada, que chorei, chorei até não puder mais. Senti-me muito, muito culpada. O meu filho estava assim por minha causa, a culpa era minha, só minha!” (Irene – N4).

“Já não podia corrigir o passado, só o futuro!” (Paula – N12).

Centradas no período pós parto, as nossas participantes exprimem sentir orgulho ao sentirem-se como mães e ao facto de desempenharem esse papel, considerando o elevado estigma social que estas carregam em relação à capacidade em serem ‘boas’ mães, como se o ser toxicodependente fosse à partida uma amputação prévia para a capacitação em se tornarem mães. Ninguém nasce mãe! Ser mãe, não nos parece um dado inato que algumas mulheres têm e outras não, parece-nos sim, uma viagem que algumas mulheres fazem e que dá a oportunidade de nesse percurso construirmos uma outra identidade de nós próprias.

“Uma enfermeira até me disse que se admirava porque normalmente as toxicodependentes não querem saber dos filhos, saem e nunca mais voltam por causa do dinheiro, e eu disse, não, eu quero a minha filha, eu quero lutar! A CPCJ (Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) também me disse que não era normal eu querer a minha filha, que era um caso raro.” (Dora – N1).

“Uma coisa que me marcou, foi que quando eu tive o meu filho eu era a toxicodependente e a outra senhora que estava lá também a ter o bebé, não era. (...)! É como lhe digo, fazem muita distinção!” (Aurora – N14).

O International Council of Nurses (2012) reconhece que a parentalidade e a adaptação à parentalidade são merecedoras da atenção dos enfermeiros, devendo considerar-se um especial foco de atenção da sua prática de cuidados. O enfermeiro tem o dever de assistir as pessoas e ajudá-las a gerir as transformações ao longo do ciclo vital.

Reveste-se de especial importância a humanização dos cuidados de enfermagem, o que significa, que o enfermeiro deve ter como referência um conjunto de aspetos diferenciadores dos indivíduos a quem presta cuidados, como as questões psicológicas, sociais, biológicas,性uais, ambientais e culturais.

Os processos afetivos do exercício da parentalidade serão talvez aqueles que se vivenciam mais intensamente. Assim, devem ser considerados na perspetiva da enfermagem, sendo que o investimento que o enfermeiro dá a estes aspetos, pode determinar a diferença na qualidade dos cuidados (Fernandes & Narchi, 2007). O enfermeiro deve intervir em algumas funções do exercício da consecução maternal, como a satisfação das necessidades mais básicas da criança, ensinando a mãe a praticar essa função, para



que com o tempo ela adquira a mais peculiar forma de o realizar face à interação que estabeleceu com o seu filho. Deve ainda, no nosso entender, contribuir para a confiança e segurança materna, reforçando as relações de vinculação e esforçando-se por colaborar com esta na interação social com a criança.

No nosso estudo, durante o momento pós parto circunscrito ao primeiro mês de vida da criança, as nossas participantes sentiram-se investidas e cuidadas, realçando as(os) enfermeiras(os) que cuidam, tal como outras formas de apoio formal ou informal que receberam.

“Estive sempre num quarto sozinha e as enfermeiras ajudaram-me muito, nunca senti que me tratassesem de forma diferente, pelo contrário, até acho que se preocupavam mais comigo e me ajudavam mais. (...) As enfermeiras ajudaram-me muito e com o tempo fui capaz de ir fazendo. Elas também falaram com o médico para me darem alta mais tarde, para que assim eu pudesse aprender mais coisas e assim foi, vim mais tarde para casa.” (Raquel – N5).

“Olhe, lá não me sentia sozinha, porque sabia que estava acompanhada e tinha alguém (...). Gostei muito daqueles dias porque me sentia protegida e ninguém me chateava a cabeça.” (Cristina – N9).

A transição para o papel maternal é um período de grande stress para a mãe e um momento potencialmente ameaçador para o desenvolvimento do bebé (Silva, 2011), muito mais, se associarmos a este evento o fenómeno da adição a substâncias psicoativas.

Soares (2008) defende a relação terapêutica e o poder que esta pode ter aquando da realização das intervenções de enfermagem. Face ao exposto e com foco na nossa problemática, o enfermeiro deve na procura da compreensão da experiência humana vivida e experienciada por estas mulheres, revelar disponibilidade, confiança, atenção, tranquilidade e apoio, dando informação, mostrando-se como se faz e partilhando experiências importantes e humanizadoras na condução para a consecução do papel maternal destas mulheres, potenciando em todas elas a construção da sua identidade como mães. A relação terapêutica parecemos de grande relevância para com estas mulheres que vivenciam a adaptação a este novo processo.

CONCLUSÕES

Assistindo-se ainda nos dias de hoje a uma ideia socialmente construída do que é ser mãe, as trajetórias de vida destas mulheres e os seus contextos, parecem determinar sentimentos e representações normalizadoras da transição para o papel maternal nestas mulheres, afastando-nos da conceção da experiência singular do fenómeno da transição para o papel maternal face a cada mulher que o experiencia.

Desta forma, consideramos que a problemática investigada é de grande interesse e constitui um foco de atenção dos enfermeiros, tendo estes o desígnio de facilitar os processos de transição e de prestar mais e melhor atenção aos indivíduos mais vulneráveis, invisíveis e desprotegidos, não só para fortalecer e promover as competências parentais nestas mulheres, que lhes permita aplicar adequadamente a responsabilidade do cuidado dos seus filhos, mas também, como forma de criar um espaço que facilite a comunicação, a resiliência e o desenvolvimento psicossocial, pessoal e familiar.

AGRADECIMENTOS

Um especial agradecimento à Dr.ª Cristina Barroso e ao Enfermeiro João Balau, que desde o primeiro momento apoiaram e acompanharam a realização desta investigação. Agradecemos ainda ao Dr. José Manuel Azenha Tereso, Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro e ao Dr. Rocha Almeida, coordenador do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. À Universidade de Lisboa, à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bjørg H., Morten, L., & Elin R. (2007). Substance abuse in pregnant women: Experiences from a special child welfare clinic in Norway. *BMC Public Health, 7*(322). doi:10.1186/1471-2458-7-322

Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Dilthey, W. (1989). *Introduction to the human sciences: An attempt to lay a foundation for the study of society and history.* Detroit: Wayne State University Press.

Fernandes, R., & Narchi, N. (2007). *Enfermagem e saúde da mulher.* São Paulo: Editora Manole.

Frankl, V. (1987). *Em busca de sentido: Um psicólogo no campo de concentração.* Porto Alegre: Sulina.

Frazão, C., Pereira, E., Teles, L., & Amaro, F. (2001). *Mulher toxicodependente e o planeamento familiar, a gravidez e a maternidade*. Lisboa: Fundação Nossa Srª Bom Sucesso.

Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Henriques, C., Botelho, M., Henriques, M., & Vaz, D. (2015). Systematic review of experiences into motherhood transition felt by women undergoing substance abuse treatment. *Mitteilungen Klosterneuburg, 65*(1), 396-411.

Henriques, C., Botelho, M., & Catarino, H. (2015). Transition to the maternal role in women with addiction problems to psychoactive substances: Conceptual Map. *International Journal of Nursing, 2*(2), 1-9 doi: 10.15640/ijn.v2n2a1

International Council of Nurses (2012). *Women's health: ICN Position*. Acedido em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A19_Womens_Health.pdf

Lewis, C. S. (1986). *Os quatro amores* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Mundo Cristão.

Lopes, J. M. O. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso: A experiência vivida da pessoa com problemas de adição* (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/7296>

Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.

Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.

Mercer, R., & Walker, L. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 35*, 568-582.

Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães: Mulheres trabalhadoras e suas experiências*. Coimbra: Quarteto Editora.

Parratt, J., & Fahy, K. (2011). A feminist critique of foundational nursing research and theory on transition to motherhood. *Midwifery, 27*(4), 445-451. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.02.012>

Parse, R. (1998). *The human becoming school of thought*. California: Thousand Oaks.

Radcliffe, P. (2011). Motherhood, pregnancy, and the negotiation of identity: The moral career of drug treatment. *Social Science & Medicine, 72*, 984-991.

Rosa, A., Gomes, J., & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: Arte de cuidar*. Coimbra: Formasau.

Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/7175>

Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Researching lived experience, human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar: Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



SAÚDE/BEM-ESTAR DOS ESTUDANTES E FORMAÇÃO DE PROFESSORES

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - R.E.D. BULL (YING)	83
VALORES DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR ENVOLVIDOS EM EDUCAÇÃO PELOS PARES	93
A ABSTINÊNCIA E O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE ESCOLARES: A INFLUÊNCIA DAS ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIOCULTURAL	107
A AUTOMEDICAÇÃO NOS ALUNOS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA	123
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: PREDITORES DE ADESÃO	133
APOIO PSICOLÓGICO NO ENSINO SUPERIOR: O SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU	145
REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES	153

Millenium, 2(ed espec nº1), 83-90.

PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA - R.E.D. BULL (YING)

EDUCATIONAL INTERVENTION PROJECT - R.E.D. BULL (YING)

PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA - R.E.D. BULL (YING)

José Gomes¹

Andreia Mendes¹

Bibiana Conceição¹

Melanie Machado¹

Maria Fátima Claro²

Luís Seixo²

¹Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

²UCC Farol do Mondego, Portugal



RESUMO

Introdução: É na adolescência que os jovens se deparam com o sentimento de ameaça da sua identidade, o que pode despoletar comportamentos agressivos (Hernández, 2013). O bullying é uma forma de violência escolar que tem vindo a apresentar uma elevada prevalência (Andrade, 2012).

Objetivo: Aumentar o nível de literacia para a saúde da comunidade escolar (alunos e docentes) relativamente ao bullying e desenvolver o projeto em todas as turmas do 5º ao 9º ano, incluindo os docentes, numa escola do concelho da Figueira da Foz.

Métodos: A população alvo é constituída por 203 alunos do 5º ao 9º ano e 13 docentes. É um estudo transversal de investigação-ação, tendo sido aplicado um questionário de diagnóstico e realizadas sessões de educação para a saúde, avaliadas à posteriori através da aplicação de um novo questionário.

Resultados: 93,1% dos estudantes identificaram o que fazer numa situação de bullying, destes, 62,6% afirmaram chamar um adulto; 95,1% sabiam o que era o bullying, 56,8% associaram o conceito à agressão física e 92,6% conheciam os tipos de bullying, dos quais o bullying físico (71,9%) e o bullying verbal (69,5%) foram os tipos mais mencionados. Dos docentes inquiridos, 77% nunca vivenciou nenhuma situação de bullying.

Conclusões: Os alunos adquiriram novos saberes no que diz respeito às questões: “Numa situação de agressão o que fazes?”, “Sabes o que é o bullying?”, “O que é o bullying?” “Conheces os tipos de bullying?” e “Quais são os tipos de bullying?”.

Palavras-chaves: Projetos; Saúde Escolar; Bullying

ABSTRACT

Introduction: It is during adolescence that young people are faced with the feeling of threat of identity, which can trigger aggressive behavior (Hernández, 2013). Bullying is a form of school violence that has come to have a high prevalence (Andrade, 2012).

Objective: To increase the level of literacy for the health of the school community (students and teachers) in relation to bullying and develop the project in all classes from 5th to 9th grade, including teachers, in a school of Figueira da Foz county.

Methods: The target population consists of 203 students from 5th to 9th grade and 13 teachers. It is a cross-sectional study of research-action and applied a diagnostic questionnaire and conducted education sessions for health, then evaluated with the application of a new questionnaire.

Results: 93.1% of students identified what to do in a bullying situation, and 62.6% said “call an adult”; 95.1% knew what it was bullying, 56.8% associated the concept of physical aggression and 92.6% knew the types of bullying, and physical bullying (71.9%) and verbal bullying (69, 5%) were the most mentioned types. 77% of teachers have never experienced any bullying situation.

Conclusions: Students have acquired new knowledge regarding the questions “In assault situation what do you do?” “You know what is bullying?”, “What is bullying?” “You know the types of bullying?” And “What are the types of bullying?”

Keywords: Projects; School Health; Bullying

RESUMEN

Introducción: En la adolescencia, los jóvenes enfrentan la sensación de amenaza, lo que puede desencadenar un comportamiento agresivo (Hernández, 2013). El bullying es una forma de violencia escolar que tiene una alta prevalencia (Andrade, 2012).

Objetivo: Aumentar el conocimiento para la salud de la comunidad escolar (estudiantes y profesores) en relación al bullying y desarrollar el proyecto en todas las clases de 5º a 9º grado en una escuela del condado de Figueira da Foz.

Métodos: La población objetivo son los 203 estudiantes de 5º a 9º grado y 13 profesores. Estudio transversal de investigación-acción, se aplicó un cuestionario de diagnóstico y llevaron a cabo sesiones de educación para la salud, posteriormente evaluadas con la aplicación de un nuevo cuestionario.

Resultados: 93,1% de los estudiantes identificaron qué hacer en una situación de bullying, y el 62,6% dijeron “llamar a un adulto”; 95.1% sabía lo que era el bullying, 56,8% asociaron el concepto a la agresión física y 92,6% conoce los tipos de bullying, siendo que la intimidación física (71,9%) y la intimidación verbal (69, 5%) fueron los más mencionados. 77% de los maestros nunca han experimentado ninguna situación de bullying.

Conclusiones: Los estudiantes han adquirido nuevos conocimientos acerca de las preguntas “¿En una situación de bullying, qué haces?”, “¿Sabe lo qué es el bullying?”, “¿Qué es el bullying?” “¿Conoces los tipos de bullying?” y “¿Cuáles son los tipos de bullying?”.

Palabras Clave: Proyectos; Salud Escolar; Bullying



INTRODUÇÃO

O bullying apresenta uma elevada prevalência revelando-se um sério problema de saúde na comunidade escolar. Tendo presente tal desiderato, desenvolvemos um Projeto de Intervenção Educativa sobre esta temática com a finalidade de reduzir a prevalência de comportamentos de bullying, através de intervenções educativas com os alunos e docentes. A população alvo baseou-se em 203 estudantes, do 5º ao 9º ano de uma escola do concelho da Figueira da Foz, selecionada pela necessidade identificada na instituição, no sentido de lhe dar a resposta mais adequada.

A adolescência é uma etapa do ciclo vital de crescimento, onde podem surgir comportamentos de risco associados a múltiplas mudanças físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2000 apud Hernández, 2013), que podem interferir significativamente no desenvolvimento biopsicossocial atual e futuro do jovem (Hernández, 2013).

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), “a violência é um fenómeno sócio histórico considerado, na atualidade, como um grave problema de risco social, consistindo na principal causa de morbi-mortalidade na adolescência” (APAV apud Bernardes, 2014, p.14). O bullying não é um evento “normal” e não deve ser um acontecimento que os jovens devam vivenciar durante a transição entre a infância e a adolescência (Andrade, 2012).

Os objetivos para a elaboração deste Projeto de Intervenção Educativa são: aumentar o nível de literacia para a saúde da comunidade escolar (alunos e docentes) relativamente ao bullying e desenvolver o projeto em todas as turmas do 5º ao 9º ano, incluindo os docentes, de uma escola do concelho da Figueira da Foz.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O conceito de “bullying” distingue-se dentro da violência escolar, por envolver todos os comportamentos agressivos, introduzindo dois critérios fundamentais: a continuidade da agressão e a intencionalidade de causar prejuízo à vítima, sem motivo aparente (Eiras, 2009). É definido, como um conjunto de comportamentos agressivos exercidos por um ou mais indivíduos sobre outra pessoa ou um grupo, de forma intencional ou repetida, existindo uma desigualdade entre o agressor e a vítima (Gonçalves, 2011). Para Carvalhosa, Lima & Matos (2002) apud Martins (2013, p.3) referem que “não é considerado bullying quando dois alunos da mesma idade ou tamanho se envolvem numa discussão ou briga, visto não haver uma desigualdade de poder”. Este conceito surge da expressão em inglês “bully” que significa “valentão” ou agressor. Bullying denomina o ato do agressor bem como todos os seus comportamentos face a outras pessoas (Idem).

Este padrão de violência pode ser praticado de diversas formas, pelo que é pertinente considerar que existem diferentes tipos, tais como: bullying físico, verbal, psicológico, sexual e cyberbullying (Bouth & Sousa, 2011; Matos, Negreiros, Simões & Gaspar, 2009; Seixas, 2006).

Os modelos teóricos que permitem explicar este fenómeno conjugam uma variedade de fatores nomeadamente: biológicos, psicológicos, socioculturais, económicos e políticos. Tendo em conta a literatura existente foi possível destacar três modelos teóricos, especificamente: a Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1979), o Modelo da OMS (2002) e o Modelo de Crick e Dodge (1994) (Abreu, 2011).

A Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1979) evidencia o relacionamento da pessoa dentro do seu contexto social. O desenvolvimento dos indivíduos ocorre dentro de um determinado contexto, influenciando diretamente a pessoa ao longo do seu crescimento. A pessoa constitui um centro, rodeada por outros sistemas (família, pessoa-pares, pessoa-escola e pessoa-comunidade). Remetendo os conceitos eminentes nesta Teoria para o bullying, este é visto como um tipo de violência que intervém no desenvolvimento ecológico da criança e do jovem (Carvalhosa, 2007).

Em 1994, surge o Modelo de Crick e Dodge que se caracteriza por ser um modelo de “processamento de informação social” (Abreu, 2011, p.5). Este foca-se em processos cognitivos e psicossociais para explicar os comportamentos desajustados dos indivíduos que são influenciados pela informação armazenada na memória e fornecida pelas emoções (Abreu, 2011).

Em 2002, a OMS desenvolveu um modelo que abrange os fatores de risco e de proteção, que interligados contribuem significativamente para a agressão e/ou vitimização, sendo que estes fatores se dividem em quatro níveis. O primeiro nível diz respeito aos fatores individuais (história e características pessoais), o segundo aos fatores relacionais (família, amigos e sociedade), o terceiro nível aborda os contextos comunitários (escola, trabalho e restantes locais da comunidade). O quarto nível aborda os fatores sociais que se caracterizam pelas políticas sociais e educativas (Idem).

O fenómeno do bullying está fortemente relacionado com um conjunto de fatores que podem ser agrupados em dois grandes eixos: os fatores que evidenciam uma relação positiva com comportamentos de bullying que constituem fatores de risco para o desenvolvimento destes comportamentos, e os fatores que apresentam uma associação negativa com o bullying revelando-se como fatores protetores de condutas agressivas (Lopez, Amaral, Ferreira e Barroso, 2011).



2. MÉTODOS

O estudo realizado é de carácter transversal de investigação-ação, tendo sido aplicado um questionário de diagnóstico de autopercepção anónimo e realizadas sessões de educação para a saúde, avaliadas posteriormente com a aplicação de um novo questionário.

A metodologia utilizada no desenvolvimento da fundamentação teórica, regeu-se pela pesquisa de artigos em bases de dados como: Scielo e B-On com os descriptores “projetos”, “saúde”, “escolar”, “bullying” e o indicador booleano “AND”.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos o idioma português e o intervalo temporal de 2006 a 2016.

Para a realização das intervenções educativas foi necessário utilizar métodos de recolha de dados, de forma a permitir a recolha de toda a informação pertinente relativamente à temática do bullying.

2.1 Amostra

Neste projeto a amostra consistiu num grupo de 203 alunos do 2º e do 3º Ciclo do Ensino Básico, dos quais 48,8% eram do género feminino e 51,2% eram do sexo masculino. Foi abrangido um grupo de 13 docentes, sendo 39% do género masculino e 61% do género feminino.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O questionário foi o método de recolha de dados utilizado nas intervenções educativas, com o objetivo de recolher a informação de uma forma eficaz. Este questionário, construído para o efeito, é composto por dez itens que compreendem género, idade, profissão dos pais, habilitações académicas dos pais, estado civil dos pais, com quem vivem, se vivem num meio rural ou urbano. Consiste ainda, em perceber se o aluno em questão já foi agredido, se já agrediu alguém ou se já testemunhou alguma agressão. Por fim, avaliaram-se os conhecimentos sobre o bullying e os diferentes tipos de bullying.

2.3 Critérios de Inclusão

Participaram na investigação todos os estudantes que se encontravam na sala de aula no momento da intervenção.

2.4 Procedimentos

Para a intervenção educativa e preenchimento de questionários, foi solicitada autorização à direção da escola, com garantia do respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes.

Para o tratamento estatístico, os dados foram tratados na sua globalidade, com recurso ao SPSS versão 22.0. O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 22.0. e nunca tratada a informação de forma individual.

3. RESULTADOS

Foram realizadas SES (Sessão de Educação para a Saúde) aos 203 alunos, matriculados do 5º ao 9º ano, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos, sendo a média de idades de 12,80 anos. Foram aplicados dois questionários: um pré intervenção com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos alunos sobre o conceito e os tipos de bullying, os contextos sociodemográficos e familiar em que se encontravam inseridos e o papel que cada aluno assumia, ou não, relativamente ao bullying; e um questionário após as SES de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos pelos alunos durante as sessões, assim como para obter uma avaliação da satisfação dos alunos relativamente às SES.

Através dos resultados dos questionários, apurámos que 104 alunos (51,2%) são do sexo masculino e 99 do sexo feminino (48,8%).

Na questão “Quais são as habilitações académicas do teu pai? E da tua mãe?”, os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos pais tem o 3º ciclo ou o ensino secundário concluído.

Relativamente ao estado civil dos pais, verificámos que a grande maioria eram casados ou viviam em união de facto (67%).

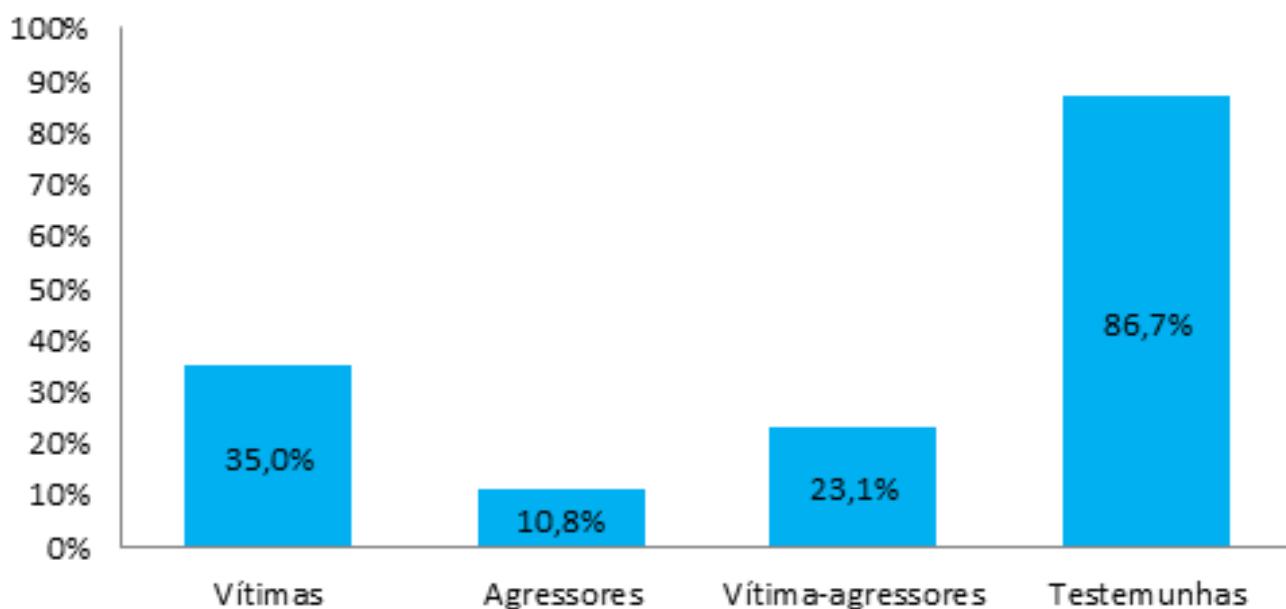
Dos alunos inquiridos, percebemos que a grande maioria (59,5%) reside com a família nuclear, onde se inserem pais e irmãos, no entanto há uma percentagem considerável que vive com a família nuclear e mais alguns elementos da família alargada, sejam avós,



tios ou primos (20%). Dos inquiridos, 16,5% vive em uma família monoparental. Verificou-se ainda, que os alunos vivem, na sua grande maioria, em meio rural (84,2%).

No grupo de questões que pretendia avaliar o papel de cada aluno no bullying (vítima, agressor ou testemunha), pudemos verificar que 35% dos alunos se assumem enquanto vítimas, 10,8% como agressores, 23,1% como vítima-agressores e 86,7% como testemunhas.

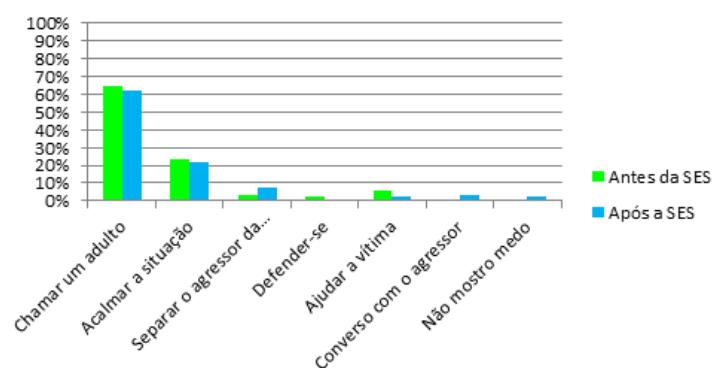
Gráfico 1 – Percentagem de vítimas, agressores, vítima-agressores e testemunhas.



No que concerne à questão “Numa situação de agressão, o que fazes?”, antes da SES, verificámos que 64,8% dos alunos referiam que chamavam um adulto, 23,2% tentavam acalmar a situação, 6,3% tentavam ajudar a vítima, 3,5% separavam o agressor da vítima e apenas 2,1% se tentava defender.

Já após as sessões constatámos que 62,4% chamava um adulto, 22% tentava acalmar a situação e 7% separava o agressor da vítima. Alguns alunos referiram ainda “converso com o agressor” (3,2%), “não mostro medo” (2,7%) e “ajudo a vítima” (2,7%).

Gráfico 2 – Respostas obtidas na questão “Numa situação de bullying o que fazes?”



À questão “Sabes o que é o bullying?” inicialmente 76,8% dos alunos responderam “Sim” e 23,2% “Não”. Após a SES 95,1% dos alunos responderam afirmativamente e apenas 4,9% disseram “Não”.

No momento de definir o conceito de bullying, antes da SES, 58% relaciona-o com a agressão física, 15,5% com o insulto, 13,5% com atos de gozo e 13% com humilhação. Após a SES, 56,8% dos alunos continua a associar o conceito com a agressão física, 17,6% relaciona-o com o insulto e 14,2% com ameaças, alguns alunos, definiram ainda, bullying como agressão repetida (8%), gozo (1,7%) e humilhação (1,7%).

À questão “Conheces os tipos de bullying?” inicialmente 29,6% dos alunos responderam “Sim” e 70,4% “Não”. Após as SES 92,6% dos alunos responderam afirmativamente e apenas 7,4% disseram “Não”.

Na identificação dos tipos de bullying, inicialmente os mais apontados foram o bullying físico (23,6%) e o bullying verbal (17,7%), tendo sido referidos ainda o cyberbullying (8,9%) e o bullying social (2%). No final das SES 71,9% dos alunos referiram o bullying verbal, 69,5% o bullying físico, 62,6% o bullying social e 54,7% o cyberbullying. O bullying sexual e homofóbico foram também abordados nas SES aos alunos do 3º ciclo. Destes 33,3% referiram o bullying sexual e 20,7% o bullying homofóbico.

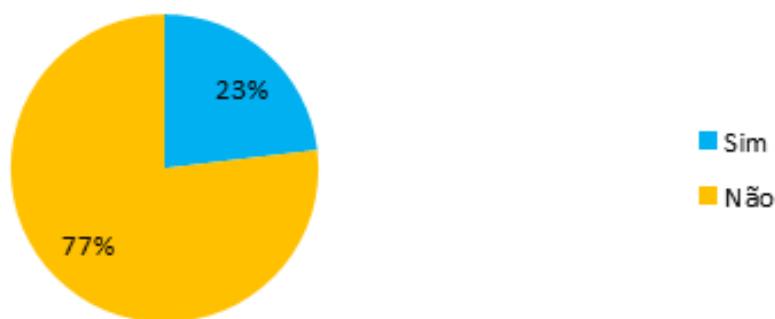
Considerámos também pertinente realizar uma SES aos docentes, com o objetivo da sensibilização para a prevenção de comportamentos de bullying. Esta SES foi realizada a 13 docentes da instituição de ensino e, no final da mesma foi aplicado um questionário para percebermos quais as vivências dos docentes relativamente ao bullying naquela escola, bem como para a avaliação da satisfação das SES.

Através dos resultados dos questionários, apurámos que 8 docentes (61%) são do género feminino e 5 do género masculino (39%) e as suas idades variam entre os 36 e os 52 anos. Constatámos também que, a grande maioria dos docentes (76,9%) era casado ou vivia em união de facto e que 11 docentes tinham filhos (84,6%), mais de 50% tem 2 filhos.

Relativamente ao ambiente percebido pelos professores 76,9% refere presenciar um “ambiente agradável” na escola, e 84,6% referem um “relacionamento adequado entre os alunos”.

À pergunta “Já presenciou alguma situação de bullying?” 10 dos 13 docentes (77%) referiram nunca ter assistido a episódios deste tipo de agressão. Dos 3 docentes que responderam afirmativamente, 23% referiram que os intervenientes eram do sexo masculino.

Gráfico 3 – Percentuais referentes ao presenciar as situações de Bullying



Dos docentes que já presenciaram uma situação de bullying, um referiu o recreio, outro referiu as imediações da escola e o recreio e um não respondeu. À questão “O que fez nessa situação?” Dois docentes mencionaram que aconselharam a vítima a afastar-se do agressor, um afirma que teve outra atitude, tendo procurado a fonte do conflito para o resolver de forma não violenta e, um não respondeu.

4. DISCUSSÃO

As sessões de educação para a saúde planeadas para os alunos foram realizadas com êxito, pois, ao longo das intervenções, a maioria dos estudantes revelaram-se bastante participativos e interessados na temática apresentada. Os questionários aplicados antes e após a intervenção educativa permitiram avaliar a aquisição de conhecimentos pelos estudantes e se os objetivos definidos foram atingidos. Desta forma, foi possível verificar que após a sessão de educação para a saúde, 93,1% dos estudantes identificaram



o que fazer numa situação de bullying. Dos estudantes inquiridos, 62,6% responderam que numa situação de agressão chamavam um adulto, 95,1% referiram que sabiam o que era o bullying e, 56,8% associaram o conceito a agressão física e 92,6% referiram conhecer os tipos de bullying. Destes o bullying físico (71,9%) e o bullying verbal (69,5%) foram os tipos mais mencionados.

A sessão de educação para a saúde realizada aos docentes, ocorreu através da utilização de um método expositivo com recurso a Power Point® e com um discurso informal com os mesmos. No final da intervenção, foi aplicado um questionário, onde 76,9% considerou que o ambiente escolar era agradável, 84,6% caracterizou o relacionamento entre os estudantes como “adequado” e 77% afirmou que não vivenciou nenhuma situação de bullying. O corpo docente foi bastante participativo e mostrou-se disponível para partilhar opiniões e esclarecer dúvidas.

Quanto à avaliação da satisfação, as respostas pelos estudantes e docentes foi maioritariamente “Muito bom” em todos os parâmetros.

Podemos afirmar que os objetivos definidos inicialmente foram atingidos através da realização das sessões de educação para a saúde aos estudantes e docentes da instituição, sendo que a cooperação da comunidade educativa contribuiu para a concretização dos mesmos.

Consideramos também que as nossas intervenções foram bastante importantes não só para os estudantes e docentes conhecerem este fenômeno e para a identificação deste tipo de situações e intervirem o mais precocemente possível.

CONCLUSÕES

Os comportamentos de bullying entre as crianças e os jovens têm vindo a atingir uma dimensão considerável no contexto escolar, constituindo um problema de saúde pública para a sociedade atual, quer seja pela elevada prevalência que apresenta, quer pelas consequências que podem advir destes comportamentos, para todos os elementos envolvidos.

Os jovens que praticaram bullying, poderão na sua vida adulta desenvolver o mesmo tipo de comportamento no seio familiar – violência doméstica (Páscoa, 2013).

Sendo o bullying um possível preditor de violência doméstica revela-se fundamental intervir sobre este fenômeno, principalmente no contexto escolar, já que é o local mais propício à formação dos alunos.

O enfermeiro assume um papel decisivo na promoção de comportamento saudáveis e na prevenção de comportamentos nocivos à saúde. Nesse sentido revela-se essencial a intervenção do profissional de enfermagem no sentido de prevenir situações de violência, através da capacitação dos alunos, docentes/não docentes e pais/encarregados de educação para a identificação de situações de risco e para uma atuação precoce e adequada. Quando estas situações já estão presentes, é fundamental a denúncia do caso e a proteção das vítimas, na tentativa de minimizar as consequências advindas destas condutas de violência. É pelo facto de as situações de bullying se verificarem acima de tudo no contexto escolar que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve privilegiar a escola para as intervenções relacionadas com o bullying.

O Projeto de Intervenção Comunitária “R.E.D. BULL (ying)”, teve como objetivo desenvolver atividades educativas com os alunos e com os docentes, no sentido de aumentar a literacia dos mesmos sobre a temática. Podemos concluir que estes objetivos inicialmente delineados foram atingidos, como se pode constatar com os resultados obtidos.

A maioria dos alunos afirmou saber o que é o bullying, associando-o com mais frequência à “agressão física”, sendo que perante um episódio destes a atitude mais referida foi “chamar um adulto”. Com os resultados obtidos no âmbito do Projeto “R.E.D. BULL (ying)” constatámos que antes da intervenção a maior parte dos alunos assumiu não conhecer os tipos de bullying, e após esta a maioria referiu ter ficado a conhecer. Os tipos de bullying mais referidos pelos estudantes foram o bullying verbal e o bullying físico.

De forma a colmatar este grave problema de violência e saúde pública, o bullying, verificámos a necessidade de desenvolvimento de mais estudos e investigações neste campo. Em relação à prática de enfermagem, verifica-se a necessidade do enfermeiro trabalhar em parceria com outros profissionais, focando-se na sensibilização para estes comportamentos e na conscientização deste fenômeno, através do desenvolvimento de programas de intervenção, nomeadamente em contexto escola.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. S. (2011). *Bullying nos 2º e 3º ciclos do ensino básico: Um estudo de caso na Região Autónoma da Madeira* (Dissertação de mestrado, Universidade da Madeira). Acedido em <http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/434>

Andrade, L. C. F. (2012). *Bullying e cyberbullying: Um estudo num contexto escolar particular cooperativo* (Dissertação de

mestrado, Universidade da Madeira). Acedido em <http://digituma.uma.pt/handle/10400.13/422>

Bernardes, N. M. S. (2014). *Bullying em contexto escolar: Do diagnóstico à prevenção* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27251?mode=full>

Botelho, R. G., & Souza, J. M. C. (2007). Bullying e educação física na escola: Características, casos, consequências e estratégias de intervenção. *Revista de Educação Física, 139*, 58-70. Acedido em <http://cev.org.br/ arquivo/biblioteca/bullying-educacao-fisica-escola-caracteristicas-casos-consequencias-estrategias-intervencao.pdf>

Bouth, R. N., & Sousa, V. B. (2011). *Bullying: A intensidade e frequência da prática relacionada com o género do autor. Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales, 7*(1), 29-60. Acedido em <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/riics/article/view/29>

Carvalhosa, S. F. (2007). O *bullying* nas escolas portuguesas. In Seminário “*Bullying, Violência e Agressividade em Contexto Escolar*”. Acedido em http://aaa.fpce.ul.pt/documentos/seminario_bullying/Resumo_Susana_Carvalhosa.pdf

Gonçalves, M. H. (2011). *Bullying: A violência nas organizações escolares, quando o professores são as vítimas: Um estudo descritivo na Região Autónoma da Madeira* (Dissertação de mestrado não publicada). Funchal: Universidade da Madeira.

Lopez, R., Amaral, A. F., Ferreira, J., & Barroso, T. (2011). *Fatores implicados no fenómeno de bullying em contexto escolar: Revisão integrada da literatura. Revista de Enfermagem Referência, 3*(5), 153-162. Acedido em http://ui.esenfc.pt/ui/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2264&id_revista=9&id_edicao=38

Martins, L. L. G. (2013). *Bullying: A violência entre adolescentes em contexto escolar: uma meta-análise* (Dissertação de mestrado, Universidade da Madeira). Acedido em <http://repositorio.uma.pt/handle/10400.13/650>

Matos, M., Negreiros, J., Simões, C., & Gaspar, T. (2009). *Violência, bullying e delinquência: Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.

Seixas, S. R. P. M. (2006). *Comportamentos de bullying entre pares: Bem-estar e ajustamento escolar* (Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Santarém). Acedido em <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/111>

Millenium, 2(ed espec nº1), 93-104.

VALORES DE VIDA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR ENVOLVIDOS EM EDUCAÇÃO PELOS PARES

LIFE VALUES IN HIGHER EDUCATION STUDENTS INVOLVED IN PEER EDUCATION

VALORES DE LA VIDA EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR INVOLUCRADAS EN LA EDUCACIÓN ENTRE PARES

Agostinha Corte¹

Irma Brito²

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem Coimbra, Portugal



RESUMO

Introdução: A Educação pelos Pares é uma estratégia de duplo empowerment que, utilizada na educação para a saúde, pode beneficiar tanto o educador como o educando.

Objetivo: Explorou-se a relação entre a atribuição de importância aos valores de vida e as características sociodemográficas, os estilos de vida, o sentido de coerência interna e a auto estima.

Métodos: Estudo qualitativo e quantitativo e recolha de dados por questionário de autopercepção a uma amostra de 396 participantes. 48.0% da amostra Já realizou voluntariado consideraram importante ter simpatia, ser comunicativo, ter responsabilidade e vontade facilitava as intervenções; as dificuldades eram falta de tempo, a insegurança e timidez. Os Valores de Vida mais pontuados foram a Responsabilidade e Preocupação com os outros. Para a autoestima e o sentido de coerência revelaram resultados com níveis elevados sem diferença estatisticamente significativa. Nos estilos de vida, o padrão de consumo de bebidas alcoólicas em contextos recreativos e comportamentos de adesão a proteção sexual, verificou-se forte associação com os valores de vida Saúde e atividade física e Humildade. Estes resultados evidenciam que quanto mais comportamentos de risco menor é a preocupação com a saúde; e que quanto maior o sentido de responsabilidade e de preocupação com os outros e com a família, menores são os comportamentos de risco.

Conclusões: Os resultados desta investigação apontam para incluir na formação de educadores de pares reflexões sobre valores de vida como uma estratégia para uma maior auto-suficiência, resiliência e responsabilidade pessoal e social e ainda para que se sintam mais confiantes em intervenções no terreno.

Palavras-chaves: Valores de Vida; Voluntariado; Educação pelos pares

ABSTRACT

Introduction: Peer Education is a double empowerment strategy that is used in health education, can benefit both the teacher and the student.

Objective: It explored the relationship between the allocation of importance to the values of life and socio-demographic characteristics, lifestyles, sense of internal coherence and self esteem.

Methods: qualitative and quantitative study and data collection by self-report questionnaire to a sample of 396 participants. 48.0% of the sample have made volunteering considered important to have sympathy, be communicative, have responsibility and will facilitated interventions; the difficulties were lack of time, insecurity and shyness. The scorers life values were the responsibility and concern to others. For the self-esteem and sense of coherence revealed results with high levels with no statistically significant difference. Lifestyles, alcohol consumption pattern in the recreational settings and adherence behaviors sexual protection, there was a strong association with the values of life and physical health and Humility activity. These results show that the more behaviors of lower risk is the health concern; and that the greater the sense of responsibility and concern for others and family, the lower the risk behaviors.

Conclusions: The results of this research point to include the training of peer educators reflections on life values as a strategy for greater self-reliance, resilience and personal and social responsibility and also to make them feel more confident in interventions on the ground.

Keywords: Life Values; Volunteering; Peer Education

RESUMEN

Introducción: La educación entre pares es una estrategia de potenciación doble que se utiliza en educación para la salud, puede beneficiar tanto al maestro como al alumno.

Objetivo: Se exploró la relación entre la asignación de importancia a los valores de la vida y las características sociodemográficas, estilos de vida, sentido de la coherencia interna y la autoestima.

Métodos: estudio cualitativo y cuantitativo y recopilación de datos mediante un cuestionario de autoinforme a una muestra de 396 participantes. 48,0% de la muestra han hecho voluntario considera importante contar con la simpatía, ser comunicativo, responsable y será facilitado intervenciones; las dificultades son la falta de tiempo, la inseguridad y la timidez. Los valores de la vida puntuado fueron responsabilidad y preocupación a los demás. Para la autoestima y el sentido de la coherencia revelado resultados con altos niveles sin diferencias estadísticamente significativas. Estilos de vida, patrón de consumo de alcohol en los lugares de ocio y la adhesión comportamientos de protección sexual, hubo una fuerte asociación con los valores de la vida y la salud física y la actividad de la Humildad. Estos resultados muestran que los más comportamientos de riesgo más bajo es el problema de salud; y que cuanto mayor sea el sentido de responsabilidad y preocupación por los demás y la familia, más bajos son los comportamientos de riesgo.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación para incluir la formación de los educadores de pares reflexiones sobre los valores de la vida como una estrategia para una mayor autosuficiencia, la resistencia y la responsabilidad personal y social y también para que se sientan más confianza en las intervenciones sobre el terreno.

Palabras Clave: valores de la vida; Voluntariado; Educación entre Pares



INTRODUÇÃO

Independente de época ou pessoa ou qualquer que seja a esfera da sua vida, na tomada de decisão, o indivíduo é influenciado pelo seu sistema de valores de vida, ou seja, pela forma como se organiza e hierarquiza os valores que vão orientar as suas escolhas e que terão que ser satisfeitos para sentir realização plena. E normalmente isto acontece quando o indivíduo se depara com escolhas que dizem respeito ao seu desempenho académico, escolha da carreira profissional, eleição do parceiro sexual, entre outras. Para a maioria dos autores, os valores desenvolvem-se ou alteram-se a partir da personalidade, das influências culturais, da pressão dos pares, da sociedade e intencionalmente com a Educação.

É do senso comum, que o grupo de pares exerce uma forte influência sobre os jovens desempenhando um papel fundamental no processo de construção e consolidação da identidade e autonomia dos mesmos, partilhando ideias, atitudes, valores e comportamentos. A estratégia de utilizar a Educação pelos Pares vem ao encontro das necessidades de formação de indivíduos ativos na sociedade, com capacidade de se adaptarem a diferentes contextos e diferentes pessoas, autónomas e responsáveis, especialmente enquanto elas próprias estão em desenvolvimento. Em saúde, a Educação pelos Pares surge como uma estratégia de promoção da literacia em saúde bastante eficaz. Segundo Brito et al. (2009), é uma estratégia em que indivíduos de um grupo social educam elementos do mesmo grupo, com o objetivo de influenciar intencional e positivamente os valores, crenças e comportamentos dos membros desse mesmo grupo. A Educação pelos Pares não é um fenómeno recente, tendo sido utilizado em vários locais do mundo, desde 1950, no sentido de divulgar, informar e educar populações difíceis de atingir. Esta estratégia tem-se distinguido por adotar uma abordagem característica, adequando-a a várias problemáticas e contextos específicos (Vreede, Warner, & Pitter, 2014).

Daí que seja importante tentar perceber se os indivíduos que optam por atividades de voluntariado, neste caso em atividades de Educação pelos Pares, se partilham sistemas de valores semelhantes e se estes valores são diferentes dos que guiam quem já optou por outras atividades de voluntariado antes.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A convicção da importância da educação para a saúde torna-se cada vez mais importante, tendo em mente que os problemas mais graves de saúde e de doença estão relacionados com o estilo de vida e o comportamento. Estes são os principais responsáveis pelo bem-estar individual e pelo nível de qualidade de vida de uma comunidade. As pessoas, ao longo do seu percurso vivencial, necessitam de avaliar os seus comportamentos e fazer a distinção entre estilos de vida que promovam a saúde, em detrimento dos estilos de vida que conduzem à doença. Mas ter apenas conhecimentos não é suficiente: é necessário optar por um comportamento autogénico e manter essa atitude (Homem, 2012). Assim sendo, é urgente encorajar um estilo de vida saudável o mais precocemente possível e, consequentemente, encarar a escola como um espaço privilegiado para tal. No entanto, é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades. Estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias e ser realizadas por organismos educacionais, empresariais e de voluntariado, dentro das próprias instituições. A educação pelos pares é uma estratégia educativa em que indivíduos de um grupo educam elementos desse mesmo grupo, com o objetivo de influenciar positivamente os comportamentos do grupo-alvo (Homem, 2012).

A educação pelos pares é uma estratégia que envolve membros experientes e de apoio num grupo específico, a fim de incentivar uma mudança comportamental desejável entre membros do mesmo grupo (Santos 2011). É uma forma de educação social em que uma minoria representativa de um grupo influencia os valores, crenças e mesmo comportamentos, por vezes radicalmente, nos membros integrantes desse grupo (Brito, 2009), quer sejam grupos comunitários, grupos de trabalho ou pessoas chave, podendo “considerar-se de uma forma simples que a educação pelos pares é a formação par a par” (Idem).

A educação pelos pares surge como uma estratégia de promoção da literacia em saúde bastante eficaz. Segundo Brito et al., 2009; Homem, 2012), é uma estratégia em que indivíduos de um grupo social educam elementos do mesmo grupo, com o objetivo de influenciar intencional e positivamente os valores, crenças e comportamentos dos membros desse mesmo grupo.

Atualmente, a educação e o aumento da literacia em saúde constituem as mais poderosas estratégias com vista à promoção de comportamentos saudáveis; porém, a implementação das mesmas poderá ser alvo de alguma dificuldade quando se pretende alterar comportamentos enraizados culturalmente (Brito & Mendes, 2012).

Quando se fala em educação pelos pares, os educadores devem ser apoiados e aconselhados por seniores, promovendo o máximo de eficiência da intervenção educativa (Homem, Graveto, Santos & Brito, 2012). No entanto, para se assumir o papel de educador (de pares) é necessário desenvolver um conjunto de competências pedagógicas que incluem os quatro pilares da educação: saber, saber fazer, saber-estar e saber-ser (UNESCO, 2003 cit. Claro, Gomes & Soares, 2006). A United Nations International Children's Emergency Fund. (2002) sugere ainda que o educador de pares deverá ser curioso, ser capaz de construir uma relação de confiança



com o grupo, fazendo com que todos se sintam à vontade; deverá, ainda, ter uma escuta ativa, criatividade e possuir entusiasmo para despertar o interesse e mobilizar a discussão no grupo.

Independentemente da idade, ou da pessoa, ou qualquer esfera da vida, na tomada de decisões, o indivíduo é influenciado pelo seu sistema de valores da vida, isto é, a maneira como ele organiza e classifica valores que irão orientar as suas escolhas e terá de ser satisfeita na sua plenitude. Geralmente, isso acontece quando o indivíduo é confrontado com decisões que dizem respeito ao seu desempenho acadêmico, escolha de carreira, escolha de parceiros sexuais, entre outros como voluntário para proporcionar educação de pares. Para a maioria dos autores, os valores da vida desenvolvem-se ou mudam a partir da personalidade, das influências culturais da pressão dos pares, da sociedade e intencionalmente com a educação (Almeida & Pinto, 2002).

A implementação da estratégia de educação entre pares na promoção da saúde dos jovens pode ser otimizado se se compreender quais as motivações dos educadores para se mobilizarem a participarem em grupos de voluntariado.

Mas quando se planifica um projeto de educação de pares, deve ter-se em conta vários fatores, a fim de saber se a estratégia é mais adequada (Tindall & Black, 2009) contribuindo para a mobilização das pessoas para serem educadores de pares e as comunidades para as diferentes fases do projecto. De acordo com Walker & Avis (1999), é cada vez mais reconhecida a necessidade de planejar e executar projetos coerentes que sejam adequados aos contextos, necessidades e os recursos onde serão executados. Toda a planificação das intervenções de educação pelos pares deve começar por analisar a situação, esperando por uma compreensão do contexto (Brito, 2009).

Esta análise deve incluir o conhecimento das características dos educadores de pares para organizar a capacitação dos mesmos. Aspetos como valores de vida, razões para o voluntariado jovem e as características pessoais, a percepção de alguns comportamentos de saúde, auto-estima, o sentido de coerência, assim como as razões para ser educador de pares consideramos um fenómeno importante a analisar.

No âmbito do compromisso com a rede de investigação PEER (Peer-education Engagement and Evaluación Research, 2009) tivemos a oportunidade de estudar o fenómeno com o grupo da Escola de Enfermagem de Coimbra e o grupo da Universidade de Cabo Verde. Daí que seja importante tentar perceber se os indivíduos que optam por atividades de voluntariado, neste caso em atividades de Educação pelos Pares, se partilham sistemas de valores semelhantes e se estes valores são diferentes dos que guiam quem já optou por outras atividades de voluntariado antes.

Este trabalho visa compreender aspetos psicopedagógicos da Educação pelos Pares, na vertente dos Educadores de Pares, ou seja, aqueles que de forma intencional utilizam as relações informais de paridade para educar. A questão de partida: "Quais são as características dos estudantes do ensino superior que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares, com enfoque nos seus valores de vida? Pretende-se analisar as características estudantes do ensino superior que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares da rede Peer-education Engagement and Evaluation Research (PEER) e que fazem parte do grupo Atelier de Expressividade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e do grupo E Pa Bô da Universidade de Cabo Verde. Esta análise permitirá 1) Caracterizar os valores de vida, o sentido de coerência, a autoestima e os estilos de vida (padrão de consumo de álcool e comportamentos de adesão à proteção sexual) dos jovens que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares, segundo a sua experiência prévia em voluntariado e país de origem.

2. MÉTODOS

Estudo exploratório/descriptivo focado na auto percepção dos estudantes do ensino superior que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares da rede Peer-education Engagement and Evaluation Research (PEER).

Utilizaram-se as escalas: o Inventário dos Valores da Vida-LVI (Almeida & Pinto, 2002), Graffar adaptada para Portugal (Amaro, 1990). Escala de Sentido de Coerência-SCO (Gedda em 1990), Auto Estima de Rosenberg (Santos e Maia, 2003), Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Cunha, 2002). O questionário CAGE (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener), de Ewing, (1984).

2.1 Amostra

Considerou-se como população os estudantes do ensino superior, voluntários e envolvidos em atividades de Educação pelos Pares. Por questões de acessibilidade, a amostra foi por conveniência, assumindo-se o viés de representatividade da amostra. Constituída por estudantes do ensino superior que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares da rede PEER pertencentes aos grupos do grupo Atelier de Expressividade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e E Pa BÔ da Universidade de Cabo Verde, num total de 318 e 78 estudantes (respetivamente) que responderam voluntariamente ao questionário (tabela 1). Os



dados foram recolhidos por questionário, (n=206) referem não ter experiência de voluntariado e (n=190) já com experiência de voluntariado. Em Portugal 55,03% referiam ter experiência de voluntariado e em Cabo Verde foram 19,23%.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por país e segundo a experiência ou não de voluntariado

	Portugal	Cabo Verde	Total
Com experiência de voluntariado	175	55,03%	15
Sem experiência de voluntariado	143	44,97%	63
Total	318		78

Na amostra portuguesa, 16.4% são homens, enquanto na amostra de Cabo-Verde são 46.2%. É evidente uma maior representatividade do sexo masculino no trabalho de voluntariado em Cabo-Verde. Por esta razão, os dados serão todos analisados desagregando-se por local: Portugal e Cabo Verde.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos utilizados tiveram em conta os objetivos do estudo, a bibliografia consultada e a amostra sobre a qual incide o estudo.

Os dados foram recolhidos por questionário aplicado aos estudantes voluntários integrantes do projeto PEER pertencentes aos grupos do grupo Atelier de Expressividade da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e E Pa BÔ da Universidade de Cabo Verde. O questionário construído para o efeito integrou diversas escalas.

A recolha de dados foi efetuada durante os anos letivos 2011/2012 e ano letivo 2012/2013 no início do ano letivo (meses de setembro e outubro) correspondendo ao período de recrutamento de jovens estudantes voluntários a integrarem os grupos.

2.3 Critérios de Inclusão

Todos os sujeitos que parti-ciparam no estudo, fizeram-no de forma voluntária, tendo-lhes sido garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e integravam o grupo de voluntários do Projeto PEER. Apenas foi considerado como critério de exclusão o não preenchimento completo (menos de 50%) do questionário.

2.4 Procedimentos

Este estudo tem a aprovação do comité de ética da UICISA: Unidade de Investigação das Ciências da Saúde: Enfermagem – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra onde se encontra registado o PEER. Todos os sujeitos que parti-ciparam no estudo, fizeram-no de forma voluntária, tendo-lhes sido garantida a confiden-cialidade dos dados recolhidos.

Estudo quantitativo, utilizado o Programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 22, de 2013. A consistência interna dos instrumentos utilizados foi primeiramente aferida por meio do coeficiente alpha de Cronbach, (α), por país tendo como aceitável o valor de .60, como limite de aceitabilidade da fiabilidade de uma escala.

3. RESULTADOS

Em Portugal, dos 318 participantes, 24 (46.2%) dos homens e 119 (44.7%) das mulheres nunca tinham feito voluntariado, sendo esta diferença não estatisticamente significativa ($\chi^2=.035$; $p=.484$). Em Cabo-Verde, 30 (83.3%) dos homens e 33 (78.6%) das mulheres também nunca tinham feito voluntariado, sendo esta diferença igualmente não estatisticamente significativa ($\chi^2=.238$; $p=.406$).

A maioria dos jovens que refere experiência de voluntariado, narram práticas com jovens (6.9% em Portugal e 34.6% em Cabo Verde), com idosos (3.1% em Portugal e 5.1% em Cabo Verde) ou de cariz comunitário, sobretudo de angariação de fundos/géneros ou de saúde ambiental (21.1% em Portugal e 38.5% em Cabo Verde).

A busca de novas experiências foi referida pela maioria dos participantes que manifestaram “vontade de aprender; curiosidade;



“oportunidade de agarrar uma nova experiência” e consideram que participar no projeto de Educação pelos Pares servirá para “Ganhar experiência para o futuro profissional, desenvolver a comunicação, o contactar com pessoas que precisam de esclarecer dúvidas às quais podem responder. Além disso, fazer parte de um projeto deste género faz com que se enriqueçam como pessoas.

O nível socioeconómico em Portugal e em Cabo Verde, situa-se num nível razoável (11.5 ± 2.4 e 12.4 ± 3.2 , respetivamente) e, pelo teste de hipótese de diferença de médias, podemos concluir que não há diferença estatisticamente significativa ($p(P)=.189$; $p(CV)=.690$).

Para ambos os países, o valor de vida que teve ponderação mais elevada foi a Responsabilidade (L) seguido de Preocupação com os outros (D).

Tabela 2 – Valores de vida e ordem de importância segundo o grupo de estudo, a experiência de voluntariado, e respetivos resultados no teste de hipóteses

Valores de Vida (Almeida, 2002)	Local	Teste de diferença de médias	Sem Experiência			Com Experiência		
			I_VV	M	dp	I_VV	M	dp
A. Realização	PT	($t=2,788$; $p=.006$)	62,9%	3,9	.7	54,3%	4,1	.5
	CV	($t=.933$; $p=.354$)	2,1%	4,0	.7	4,0%	4,2	.8
B. Pertença	PT	($t=-.150$; $p=.001$)	10,5%	3,8	.6	8,6%	3,8	.6
	CV	($t=1,557$; $p=.124$)	22,4%	3,7	.8	13,1%	4,1	.7
C. Preocupação com o ambiente	PT	($t=-.094$; $p=.925$)	1,4%	3,7	.8	5,7%	3,7	.7
	CV	($t=-.420$; $p=.676$)	6,3%	3,9	.9	5,1%	4,0	.9
D. Preocupação com os outros	PT	($t=-.053$; $p=.958$)	9,1%	4,1	.6	10,3%	4,1	.6
	CV	($t=1,285$; $p=.203$)	23,8%	3,9	.8	30,9%	4,2	.8
E. Criatividade	PT	($t=-.711$; $p=.477$)	,7%	4,1	.6	1,1%	4,1	.6
	CV	($t=1,729$; $p=.088$)	4,2%	3,7	.9	8,0%	4,2	.6
F. Prosperidade económica	PT	($t=-.130$; $p=.897$)	7,0%	3,6	.7	4,0%	3,7	.7
	CV	($t=-.781$; $p=.437$)	9,8%	3,3	.9	6,9%	3,1	1,1
G. Saúde e atividade física	PT	($t=-.362$; $p=.717$)	5,6%	3,6	.8	4,6%	3,6	.8
	CV	($t=1,639$; $p=.105$)	13,3%	3,6	.8	13,1%	3,9	.8
H. Humildade	PT	($t=-.776$; $p=.439$)	0,0%	3,3	.6	,6%	3,3	.6
	CV	($t=1,132$; $p=.261$)	10,5%	3,1	.8	6,9%	3,3	.8
I. Independência	PT	($t=-.219$; $p=.828$)	,7%	3,9	.6	0,0%	3,9	.6
	CV	($t=-.175$; $p=.862$)	,7%	3,7	.8	1,1%	3,7	1
J. Lealdade à família ou grupo	PT	($t=1,625$; $p=.105$)	,7%	3,9	.7	5,1%	4	.7
	CV	($t=1,460$; $p=.648$)	1,4%	4	.8	3,4%	4,3	.6
K. Privacidade	PT	($t=-.649$; $p=.517$)	,7%	3,9	.7	,6%	4,0	.7
	CV	($t=-.136$; $p=.892$)	1,4%	3,7	.8	4,0%	3,7	.8
L. Responsabilidade	PT	($t=-.628$; $p=.531$)	,7%	4,4	.6	5,1%	4,5	.5
	CV	($t=-.238$; $p=.813$)	4,2%	4,3	.9	3,4%	4,3	1
M. Compreensão científica ou análise objetiva	PT	($t=1,093$; $p=.275$)		3,2	.8		3,3	.8
	CV	($t=-.990$; $p=.325$)		3,2	.8		3,4	.9
N. Espiritualidade	PT	($t=-.011$; $p=.991$)		3,3	1,1		3,3	.9
	CV	($t=-.621$; $p=.536$)		3,8	1,1		3,6	1,2

Legenda: I_VV. Primeiro de importância atribuído aos valores de vida; M. Média; dp. Desvio padrão



Para jovens com experiência de voluntariado o mais importante é Realização. As mulheres apresentam maior diferença na média da atribuição de importância Preocupação com outros, Lealdade família ou grupo e Responsabilidade. Quem vive com família atribui importância Pertença, Prosperidade económica, Saúde e atividade física, Lealdade família ou grupo, Privacidade. Com o nível socioeconómico melhor valoram Pertença, Saúde e atividade física.

Foi analisada a associação entre os estilos de vida, a autoestima e o sentido de coerência dos voluntários do nosso estudo tendo ou não experiência prévia de voluntariado.

No grupo de Portugal a média de idade do primeiro consumo dos jovens com experiência de voluntariado foi de 14.9 ± 2.3 anos e dos jovens sem experiência de voluntariado foi de 15.2 ± 2.4 anos. A média de idade da primeira embriaguez dos jovens com experiência de voluntariado foi de 16.4 ± 2.1 anos e 16.8 ± 2.2 anos. Estes valores não têm diferença estatisticamente significativa. Para Cabo Verde, a média de idade dos jovens com experiência de voluntariado, para o primeiro consumo, foi de 12.1 ± 4.3 anos e dos jovens sem experiência de voluntariado foi de 15.1 ± 4.5 anos. A média de idade da primeira embriaguez dos jovens com experiência de voluntariado foi de 16.7 ± 6.2 anos e sem experiência de 19.0 ± 3.4 anos. Estes valores têm diferença estatisticamente significativa.

O contexto da primeira experiência com bebidas alcoólicas para os participantes dos dois países foram as festas de amigos e com familiares, em festas de aniversário, fim de ano ou de casamento. No grupo de Cabo Verde há mais jovens que referem nunca ter bebido (14.7%) do que em Portugal (2.4%). Em Portugal a média de frequência é maior para cerveja e as bebidas destiladas em ambos os subgrupos, não existindo diferença estatisticamente significativa. O facto de a cerveja ser uma das bebidas mais consumidas pode dever-se ao facto desta bebida ser relativamente barata e porque as festas académicas estão fortemente associadas a marcas de cerveja. Por este motivo a cerveja torna-se numa das bebidas mais consumidas nas festas académicas.

Utilizando o teste de AUDIT (Tabela 3) a média obtida é baixa em todos os subgrupos, em ambos os países, e não há diferença estatisticamente significativa entre eles. No entanto, com o teste de CAGE verifica-se diferença estatisticamente significativa para o subgrupo de Cabo Verde, onde o teste tem valores médios mais altos para os jovens sem experiência de voluntariado ($p=.008$).

Tabela 3 – Resultados dos testes AUDIT e CAGE, segundo o país e experiência prévia ou não de voluntariado

Testes AUDIT e CAGE	Portugal		Cabo Verde	
	Com Exp.	Sem Exp.	Com Exp.	Sem Exp.
AUDIT (nº respostas)	146	121	9	45
Média	4.0	3.8	2.2	2.9
Desvio padrão	3.8	3.2	1.4	2.8
Teste de hipótese (t; gl; p)	-,450; 265; ,653		,684; 52; ,497	
CAGE (nº respostas)	164	132	14	58
Média	0.7	0.6	0.1	0.8
Desvio padrão	1.4	1.2	0.5	1.6
Teste de hipótese (t; gl; p)	-,544; 294; ,587		2,727; 63; ,008	

Nos estilos de vida os que não bebem pontuam Preocupação com outros, os que bebem valoram Prosperidade económica, Saúde e atividade física e Privacidade. Com menor pontuação no AUDIT e CAGE valoram Preocupação com outros, Independência, Lealdade família ou grupo, Responsabilidade, Compreensão científica e Espiritualidade.

Na sequência das questões sobre consumo de álcool, colocaram-se as questões sobre comportamentos de adesão a proteção sexual. Verificou-se que em Portugal 88.2% dos jovens com experiência de voluntariado e 86.8% dos jovens sem experiência de voluntariado respondem negativamente. Em Cabo Verde esta proporção é maior nos jovens com experiência de voluntariado (93.3%). Considerando a percepção de risco de contrair IST face ao seu comportamento sexual, 85.7% e 86.7% em Portugal, e 53.3% e 73.0% em Cabo Verde, assumem não ter risco de vir a contrair IST. Quando abordamos o tema, por exemplo, ter relações sexuais após episódios de consumos de álcool desregrados ou conduzir sob o efeito de álcool, estas situações são na opinião da maioria socialmente reprováveis. Este facto pode levar a que os estudantes/intervenientes respondam de forma congruente com o que é socialmente mais aceite (registo público), ao invés de retratarem o que realmente acontece. Os que não se envolveram em sexo desprotegido sob efeito do álcool valoram Preocupação com outros, Lealdade família ou grupo e Compreensão científica. Quem afirma não ter risco sexual pontuam Responsabilidade. Somando as pontuações obtidas em cada uma das dimensões do estilo

de vida obtivemos valores que variam entre 0 e 5. Correlacionando com a importância atribuída aos valores de vida, verifica-se, que em Portugal o valor de vida que se correlaciona positivamente com os estilos de vida é Saúde e atividade física e os que se relacionam negativamente são: Preocupação com os outros (D), Compreensão científica, Responsabilidade e Espiritualidade. Para Cabo Verde só há correlações negativas dos estilos de vida para os valores de vida: Espiritualidade, Lealdade à família ou grupo, Preocupação com os outros, Responsabilidade Saúde e atividade física.

Estes resultados evidenciam que quanto mais comportamentos de risco menor é a preocupação com a saúde; e que quanto maior o sentido de responsabilidade e de preocupação com os outros e com a família, menores são os comportamentos de risco. Podemos afirmar que, em Cabo Verde, os jovens que valorizam a espiritualidade (eventualmente praticando uma religião), exibem menos comportamentos de risco.

Observou-se que a média de autoestima dos participantes varia de 30.7 a 32.6 pontos (numa escala de 10 a 40 pontos), não existindo diferença estatisticamente significativa entre grupos com e sem experiência de voluntariado. Considera-se que nível de autoestima é elevado se superior a 30 pontos e baixa se inferior 21 pontos (Chaves, Simão, Oliveira, Souza, Iunes & Nogueira (2013). Uma autoestima elevada, é indicativo de que os indivíduos se consideram pessoas de valor, respeitadores de si próprios por aquilo que são, sem se sentirem superiores aos outros. Pelo contrário, uma baixa auto estima, revela uma desvalorização, insatisfação e falta de respeito dos indivíduos relativamente a si próprios, (Santos e Maia, 2003:254). A análise dos dados permite dizer que a maioria dos estudantes avaliados apresenta scores altos, ou seja, alta autoestima. Os rapazes atingiram scores mais elevados e correlações mais fortes. Apresentam autoestima mais alta e um estilo de vida mais adequado à promoção da saúde do que as raparigas.

Sentido de coerência é uma orientação global que expressa a extensão em que uma pessoa tem um sentimento de confiança consistente, duradouro, embora dinâmico, de percecionar os estímulos do ambiente interno e externo como previsíveis e de que existe uma elevada probabilidade da vida decorrer tal como seria razoável esperar. Utilizou-se a escala proposta por Saboga-Nunes (1999), exprimindo-se sobre um diferencial semântico do tipo Likert com 7 níveis, posicionados entre duas frases de referência. Neste estudo, verifica-se que não há diferença entre os subgrupos com e sem experiência de voluntariado para os dois países. Analisando por cada uma das dimensões do sentido de coerência, capacidade de compreensão, de gestão e de investimento, observa-se que sendo o valor máximo de cada dimensão 7, as médias em todos os subgrupos variam entre 4.0 e 5.7 pontos, não existindo diferença estatisticamente significativa entre jovens com e sem experiência de voluntariado dos dois países. Existem diferenças entre Portugal e Cabo Verde na correlação entre estas variáveis. Para Portugal, com exceção dos valores Pertença e Preocupação com o Ambiente, todos os restantes valores se correlacionam positivamente com a autoestima. Na amostra de Cabo Verde apenas o valor Humildade se correlaciona positivamente com a autoestima.

Na correlação entre as prioridades atribuídas aos valores de vida e o sentido de coerência, para Portugal, com exceção dos valores Pertença e Prosperidade económica, todos os restantes valores se correlacionam positivamente com o sentido de coerência. Já em Cabo Verde, nenhum dos valores de vida se correlaciona com esta variável. No entanto, correlacionando com as dimensões do sentido de coerência, apenas a Realização e a Privacidade têm correlação positiva com a capacidade de compreensão (SOC-C).

Procedeu-se à análise destes dados segundo o modelo proposto por Ferreira, Proença e Proença (2008) que estudaram as motivações associadas ao trabalho voluntário, consideramos que para Portugal o primeiro fator reporta aos valores de vida na dimensão "Pertença" (Valores de Vida como Prosperidade Económica, Pertença, Saúde e Atividade Física e Privacidade), o segundo como dimensão "Ego e reconhecimento social" (Autoestima, Sentido de coerência e o Valor de Vida Humildade), o terceiro como "Altruísmo" (Preocupação com os Outros, Lealdade à Família ou Grupo e Responsabilidade); e o terceiro como dimensão "Aprendizagem e desenvolvimento" (Valores de vida Realização, Criatividade e Compreensão Científica). Para Cabo Verde, novamente nos parece aplicável o modelo: o primeiro "Altruísmo" (valores de Vida como Preocupação com os Outros, Preocupação com o Ambiente, Lealdade à Família ou Grupo, Privacidade e Responsabilidade), e o segundo fator como "Aprendizagem e desenvolvimento" (com os Valores de Vida Realização, Pertença e Criatividade) e o terceiro como dimensão "Ego e reconhecimento social" (Autoestima, Sentido de coerência e o valor de Vida Prosperidade Económica e Realização).

Deste estudo o que se salienta mais é alguma diferença na expressão de valores e estilos de vida entre Portugal e Cabo Verde. A cultura nacional determina conjuntos de fatores influenciadores das motivações: as crenças pessoais, necessidades e valores; as normas acerca da ética de trabalho, tolerância e controlo; os fatores ambientais como educação, experiências sociais, prosperidade económica ou sistema legal. Os resultados obtidos neste estudo permitem-nos afirmar que todos estes fatores podem influenciar a motivação para o voluntariado e que os valores, embora comuns, podem ter expressões diferentes baseadas nas características culturais de um país atendendo às dimensões coletivismo (em Cabo Verde) versus individualismo (em Portugal). Por isso é necessário compreender o indivíduo e os valores culturais que representa assim como compreender as várias práticas de gestão do voluntariado. Note-se que em Cabo Verde estão registadas na plataforma das ONG's perto de 400 instituições.



4. DISCUSSÃO

Vários estudos realizados em Portugal (Ferreira, 2013; Santos 2011) referem que os jovens voluntários têm em média 24 anos de idade e são maioritariamente do sexo feminino e Cabo Verde (Ramos, 2010) Segundo o estudo de Mendes e Brito (2012) os jovens estudantes que fazem parte dos grupo de educadores de pares encontram-se na faixa etária entre os 16 a 25 anos. Os mesmos estudos indicam que o voluntariado é predominantemente realizado por mulheres.

Nos estudos com adolescentes e jovens adultos, apenas encontrados para Portugal, verificou-se que a predominância destes valores também foi encontrada nos estudos realizados em Portugal sobre LVI (Almeida & Pinto, 2002; Almeida & Nunes, 2012). Os estudos em Portugal (Gomes, 2006) utilizando o LVI, demonstraram que os valores Responsabilidade (L) e Realização (A) tendem a ser, sem grandes variações, os valores com maiores pontuações em amostras de estudantes universitários, sendo, em ambos os estudos, seguidos dos valores preocupação com os outros (D) e Lealdade à família e ao grupo (J). É, também, de destacar que o valor Humildade (H) é, nestes dois estudos, o valor menos priorizado.

No estudo realizado por Balsa, Vital, Urbano, & Pascueiro (2008), a maioria dos consumidores de bebidas alcoólicas declarou ter realizado o primeiro contacto com o álcool entre os 12 e os 20 anos. Regista-se ainda cerca de 9% de consumidores que não recordam a idade com que iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas.

Num estudo realizado por, Reis, Barros, Fonseca, Parreira, Gomes, Figueiredo, & Matapa (2011) sobre o padrão de consumo de álcool em escolas do 3.º ciclo e secundárias do distrito de Bragança, numa amostra de 1061 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos revelaram que os resultados demonstraram que, relativamente ao consumo, 89,8% já tinham experimentado álcool, dos quais 96,4% no último ano e 69,5% dos jovens apresentam pelo menos consumo mensal. A prática de binge drinking é referida em 27,7% dos adolescentes estudados. Os adolescentes do sexo masculino apresentaram um maior consumo de álcool, sendo as diferenças verificadas entre os sexos, estatisticamente significativas ($p=0,032$). De realçar ainda que 68,3% dos adolescentes apresentaram um consumo de risco, 18,4% um consumo nocivo e 1,7% dependência face ao álcool. O tipo de bebida mais consumida diariamente é a cerveja mas, se tivermos em conta uma periodicidade semanal ou mensal, as bebidas mais consumidas passam a ser as destiladas (9,9%), seguidas da cerveja (7,8%). Os rapazes continuam a ser os maiores consumidores independentemente da periodicidade ou do tipo de bebida consumida. Um estudo realizado em 107 cidades do Brasil a adolescentes e aplicando o teste AUDIT, concluíram que, 15,7% dos adolescentes apresentam um consumo nocivo de álcool mas na maioria 83,7% um baixo consumo; de referir ainda que os rapazes se destacam para maiores consumos, concluem ainda que o álcool é a droga mais amplamente utilizada entre os adolescentes escolares. Relativamente às relações sexuais após episódios de consumos de álcool desregrados ou conduzir sob o efeito de álcool, estas situações são na opinião da maioria socialmente reprováveis (Rodrigues, 2014). Este facto pode levar a que os estudantes/intervenientes respondam de forma congruente com o que é socialmente mais aceite (registo público), ao invés de retratarem o que realmente acontece. Já para (Agante, 2009) referem que numa amostra de jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos, 77,9% refere ter utilizado o álcool para ajudar a ter experiências sexuais novas, excitantes e fora do comum. Referem ainda que 14,5% tiveram a maior parte das relações sexuais sob a influência do álcool. Assim quanto maior for o sentido de coerência das pessoas, mais aptas se encontram para resistir aos fatores adversos e para intervir no sentido de os modificar, através do exercício da participação. Os indivíduos com mais idade apresentam valores mais elevados de SOC.

Ferreira (2013) estudou as motivações de estudantes universitários que praticavam voluntariado no projeto universitário LUA, com uma idade média de 24 anos, maioritariamente do género feminino (71,0%), residentes em Aveiro (74,2%) e que dedicavam uma média de 5.29 horas mensais ao projeto. A autora destacou que, na hierarquia das motivações, a função Experiência aparece em primeiro lugar, em vez da função Valores, indicando que os voluntários se envolveram nesta atividade mais motivados pela oportunidade de adquirir e pôr em prática aprendizagens e competências do que pela possibilidade de expressar valores humanitários e altruístas.

CONCLUSÕES

A Educação pelos Pares é uma estratégia de duplo empowerment, ou seja, beneficia educandos e educadores, pelo que consideramos de grande interesse no âmbito da Psicopedagogia conhecer as características que diferenciam os jovens que se oferecem como voluntários para este tipo de intervenções, sobretudo quanto aos valores de vida, dado que permitirá compreender o fenómeno e, posteriormente comparar com outros jovens que ainda não se tinham envolvido em ações de voluntariado.

Tendo presente a relatividade dos resultados obtidos neste estudo e, apesar de alguns condicionalismos, estes são válidos para a população em estudo, não devendo, contudo, ser extrapolados para outros grupos populacionais.

A análise dos resultados apontou no sentido duma massiva valorização dos valores de altruísmo aparentemente assente num



conjunto de valores que se apresentaram hierarquizados de forma relativamente estável e indiferente a variáveis como nível socioeconómico, recursos pessoais protetores da saúde, estilos de vida ou experiência prévia de voluntariado. Acreditamos que seja globalmente considerada a motivação para o voluntariado a partir do reconhecimento da validade e “importância do projeto”, crescendo, depois, mediante a identificação de valores que se lhe associavam, como a “Responsabilidade” “Preocupação com os outros”.

O processo de Bolonha permitiu introduzir na formação académica superior a possibilidade de os estudantes integrarem na sua formação atividades extracurriculares (grupos associativos, atividades desportivas entre outras) ou unidades curriculares opcionais. Daí que seja importante tentar perceber se os indivíduos que optam por atividades de voluntariado partilham sistemas de valores semelhantes e se estes valores são diferentes dos que guiam quem não se envolve nessas atividades.

Face aos resultados encontrados na análise dos aspectos psicopedagógicos que possam promover o envolvimento em ações de voluntariado em Educação pelos Pares, propomos o desenvolvimento de estratégias e ferramentas que facilitem a inclusão desta metodologia de ensino/aprendizagem (Educação pelos Pares) no ensino de enfermagem, por ser a nossa área de conhecimento. Consideramos ser viável, não só ao nível dos projetos de voluntariado como também em atividades de saúde comunitária desenvolvidas em grupo, promover espaços de reflexão grupal sobre a prioridade atribuída aos valores de vida e a educação.

Ao estudarmos as principais características dos estudantes do ensino superior e com interesse no voluntariado e que se envolvem em intervenções de Educação pelos Pares procuramos fundamentos psicopedagógicos para melhorar o processo de mobilização e formação dos educadores de pares.

O contexto de intervenção em que decorre o projeto em Portugal é de caráter informal e normalmente é desenvolvido em espaço recreativo (festas académicas). Habitualmente nestas festas o consumo de álcool é excessivo, não só pela tradição académica, mas também pelo marketing de bebidas alcoólicas, associado a estas festas e pelo financiamento e promoção das empresas ligadas às bebidas alcoólicas. O contexto de intervenção de Cabo Verde em que decorreu o projeto é considerado um pouco mais formal. Decorre em contexto de comunidades vulneráveis em que os jovens fazem aconselhamento a jovens em situação de pobreza para reduzir comportamentos de risco e de violência juvenil.

Os coordenadores destes projetos, utilizam como metodologia de trabalho “a educação pelos pares”, que após a formação destes, responsabilizam alguns jovens mais empenhados e disponíveis a colaborarem nestes projetos, para a organização direta do mesmo, nomeadamente na formação e orientação das equipas de rua, nos dias de intervenção/festas académicas.

Apesar destes resultados se basearem na percepção que os estudantes voluntários têm de si próprios, podendo por vezes responder de acordo com os seus conhecimentos e não aquilo que realmente fazem e com a subjetividade da interpretação da experiência de cada voluntário, destacamos a sua validade circunscrita apenas a esta realidade deste estudo, possibilitando inferências sem projetar resultados para a população.

Consideramos ainda ser útil a continuidade deste tipo de estudos e o seu enriquecimento com amostras mais alargadas de Estudantes do Ensino Superior, de áreas multidisciplinares e com possibilidade de utilização de outros instrumentos complementares por exemplo o Inventário de Motivações para o Voluntariado. Estudos com amostras aleatórias poderiam aprofundar o conhecimento sobre se existem diferenças significativas entre as diferentes culturas, tanto nos valores de vida como noutras variáveis. Desenvolver um estudo mais aprofundado sobre as dificuldades sentidas pelos voluntários e sobre a adesão de comportamentos salutogénicos, tendo consciência que estes estudantes voluntários serão vistos pelos seus pares como um modelo a seguir.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos especial aos orientadores deste estudo e aos estudantes voluntários do projecto PEER de Portugal e Cabo Verde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agante, D. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/13507>



Almeida, J. R. N. D. (2011). *O voluntariado na adolescência: Um estudo exploratório sobre o impacto na auto-eficácia e na concepção positiva de si* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/4871>

Almeida, L. (2005). Life Values Inventory, LVI: Um estudo com mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 23(2), 187-199. Acedido em <http://www.scielo.gpearl.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a09.pdf>

Almeida, M. L., & Fraga, S. (2004). Os valores em estudantes do 12º ano de escolaridade: estudos com o LVI. In M.C. Taveira, H. Coelho, H. Oliveira & J. Leonardo (Eds), *Desenvolvimento vocacional ao longo da vida: Fundamentos, princípios e orientações* (pp. 269-276). Coimbra: Almedina.

Almeida, M. L. (2006). *Inventário dos valores de vida*. Lisboa: Edição de Autor.

Almeida, M. L., & Pinto, H. R. (2005). *Life values inventory, LVI: Studies higher education students*. Lisboa: FEDORA Publications.

Amaro, F. (1990). Escala de Graffar adaptada. In A. B. Costa, F. R. Leitão, J. Santos, J. V. Pinto & M. N. Fino, *Curículos funcionais* (2º Vol.) Lisboa, Portugal: Instituto de Inovação Educacional.

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C., & Pascueiro, L. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população geral: Portugal 2007*. Lisboa: IDT, I.P.

Brito, I., & Mendes, F. (2012). PEER: *Avaliação de projectos de educação pelos pares*. In *PEER IV Escola de verão em educação pelos pares & investigação acção participativa em saúde* (pp. 47 – 56). Coimbra: UICISA-E, ESEnfC. Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=100021&code=132641739>

Brito, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares: Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros: Enfermagem e o cidadão. *Jornal da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, 7(19), 6-9. Acedido em http://www.ordemfermeiros.pt/sites/centro/informacao/Documents/Jornal%20da%20SRC/Jornal_19.pdf.

Brito, I., & Mendes, F. (2009). *PEER-IESS: Instituições de ensino superior salutogénica*. Acedido em http://www.esenfc.pt/site/?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projeto=236&id_aps=9&tipo=APS

Claro, M. F., Gomes, J. H., & Soares, M. F. (2006). *Projecto de educação sexual, gabinete de sexualidade: GUIAA-TE, numa escola secundária*. Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=20086&code=411855289>

Cunha J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.

Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14), 1905-1907. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6471323>

Ferreira, C. P. S. (2013). *Motivações do universitário voluntário: Relação com o bem-estar psicológico, qualidade de vida e personalidade* (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/11579>

Ferreira, M. R., Proença, T., & Proença, J. F. (2008). As motivações no trabalho voluntário. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 7(3), 43-53. Acedido em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-44642008000300006&script=sci_abstract

Gomes, A. R. (2006). *Valores de vida em estudantes do ensino superior público e privado* (Monografia de licenciatura não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Homem, F. B. (2012). Supervisão de jovens educadores de pares: Desenvolvimento de uma teoria explicativa. Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24058&code=262>

Homem, F., Graveto, J., Santos, M., & Brito, I. (2012). Supervisão de jovens educadores de pares. In *PEER IV Escola de verão em educação pelos pares & investigação acção participativa em saúde* (pp. 69-72). Coimbra: UICISA-E, ESEnfC. Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=100021&code=132641739>

Lucas, I. M. (2012). *Resiliência: Valores de vida e vivências académicas dos estudantes de enfermagem*. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología. Recuperado em 20 de outubro de 2015 em <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/370?locale-attribute=pt>.

Navarro, M. F. (1999). *Educar para a saúde ou para a vida: Conceitos e fundamentos para novas práticas*. In J. Precioso, et al

(orgs.), *Educação para a Saúde* (pp. 13-28). Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Oliveira, I. S., Souza, I. P., Chaves, E. C. L., & Iunes, D. H. (2011). *Autoestima em estudantes de enfermagem*. Acedido em <https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=2893&numeroEdicao=19>.

Ramos, A. V. (2010). *Voluntariado e inclusão social das crianças, 2006-2010: O caso da Cruz Vermelha na Cidade da Praia* (Memória monográfica, Universidade Jean Piaget de Cabo Verde). Acedido em <http://bdigital.unipiaget.cv:8080/dspace/bitstream/10964/52/1/Ana%20Virg%C3%ADnia.pdf>

Ribeiro, L. P. (2012). *Funções motivacionais e personalidade em voluntários hospitalares: Relação com o bem-estar psicológico e qualidade de vida* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Rocha, M. J. R. (2011). *Motivações, envolvimento prévio, satisfação e intenção de repetir a experiência no voluntariado ocasional: O caso do banco alimentar contra a fome* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57320/2/Dissertao%20margarida%20Rocha.pdf>

Rodrigues, P. F. S., Salvador, A. C. F., Lourenço, I. C., & Santos, L. R. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 32(4), 453-466. doi: 10.14417/ap.789

Saboga-Nunes, L. (1999). *O sentido de coerência* (Dissertação de mestrado). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Santos, M. N. P. (2009) *Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares: Estudo de caso* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19172/3/Desenvolvimento%20de%20Competencias%20Profissionais%20com%20a%20Educao.pdf>

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

Tindall, J. A., & Black, D. R. (2009). *Peer programs: An in-depth look at peer programs: Planning, implementation, and administration* (2nd ed.). New York: Routledge, Taylor & Francis Group, LLC.

United Nations International Children's Emergency Fund . (2002). *De jovem para jovem: Educação entre pares*. Acedido em http://www.unicef.org/brazil/pt/br_educacao_pares_vira.pdf.

Millenium, 2(ed espec nº1), 107-120.

A ABSTINÊNCIA E O CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE ESCOLARES: A INFLUÊNCIA DAS ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIO-CULTURAL

ABSTINENCE AND ALCOHOL CONSUMPTION AMONG STUDENTS: THE INFLUENCE OF PERSONAL, FAMILY AND SOCIO-CULTURAL SPHERES

ABSTINENCIA Y CONSUMO DE ALCOHOL EN ESCOLARES: LA INFLUENCIA DE LAS ESFERAS PERSONAL, FAMILIAR Y SOCIO-CULTURALES

Jorge Bonito¹

Mara Boné²

¹Universidade de Évora, CIDTFF, Universidade de Aveiro, Portugal

²Agrupamento de Escolas de Monforte, Portugal



RESUMO

Introdução: Entre os jovens, o uso regular ou abusivo do álcool parece aliar-se a fatores individuais, em ambiente social. O consumo de bebidas alcoólicas, nas faixas etárias mais jovens, segundo o World Development Report, vai além dos 60%.

Objetivo: Este estudo pretendeu conhecer as influências pessoais, dos familiares, do grupo de pertença e do meio escolar, sobre os hábitos de abstinência e de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens.

Métodos: Investigação de carácter qualitativo, com recurso a entrevistas comprehensivas semiestruturadas, desenvolvido numa escola do distrito de Évora, Portugal. A amostra é constituída por 10 alunos do 8º ano de escolaridade, cinco não consumidores e cinco consumidores.

Resultados: A experimentação acontece entre os 12-14 anos de idade em consequência da curiosidade, motivação explícita ou tácita, para “dar estilo”, do ambiente, da diversão e da observação de comportamentos. Entre os efeitos da ingestão indicados como motivadores ao consumo destaca-se o atingir estados de alegria e boa disposição. Os familiares tendem a incentivar a ingestão moderada em ocasiões festivas. Os elementos do grupo de pertença tendem a motivar, de forma explícita, à ingestão, entre os alunos consumidores.

Conclusões: A ingestão de bebidas alcoólicas entre os jovens sofre as influências pessoal, familiar e do grupo de pertença. As iniciativas desenvolvidas na escola tendem a não surtir efeito.

Palavras-chave: Álcool; Jovens; Família; Grupo de pertença; Escola

ABSTRACT

Introduction: Among young people, regular or alcohol abuse seems to ally with individual factors, which congregate to other generators behaviors health risk, in social environment, including family and school. The consumption of alcoholic beverages in the younger age groups, according to the World Development Report goes beyond 60%.

Objective: This study aims to know the personal influences of family, of belonging to the group and the school environment, on the withdrawal and consumption habits among young people.

Methods: A qualitative nature of research, using comprehensive semi-structured interviews, was developed in a school district of Evora, Portugal. The sample consists of 10 students from the 8th school grade, five non-consumers-five consumers.

Results: The trial takes place between 12 and 14 years old as a result of curiosity, explicit or tacit motivation, “give style”, the environment, entertainment and observing behavior. Among the effects of intake indicated as motivators consumption highlight the joy of reaching states and willingness. Family members tend to encourage moderate drinking on festive occasions. The elements of the group of belonging tend to motivate explicitly, the intake among consumers students.

Conclusions: The consumption of alcohol among young people suffer the personal, family and belonging group influences. The initiatives in school tend to have no effect.

Keywords: Alcohol; Young people; Family; Group of belonging ; School

RESUMEN

Introducción: Entre los jóvenes, el abuso de alcohol parece regular o aliarse con factores individuales, el entorno social. El consumo de bebidas alcohólicas en los grupos de edad más jóvenes, según el World Developement Report va más allá de un 60%.

Objetivos Este estudio tuvo como objetivo conocer las influencias personales de la familia, de grupo y el entorno escolar que pertenece, sobre los hábitos de abstinencia y el consumo de alcohol entre los jóvenes.

Métodos: naturaleza cualitativa de la investigación, a través de entrevistas semiestructuradas exhaustivas, desarrollada en una escuela del distrito administrativo de Evora, Portugal. La muestra se compone de 10 estudiantes de 13-14 años de edad, cinco no consumidores y cinco consumidores.

Resultados: La experimentación con el alcohol se lleva a cabo entre 12-14 años de edad, como resultado de la curiosidad, la motivación explícita o tácita o para “dar estilo”, el medio ambiente, el entretenimiento y la observación de la conducta. Entre los efectos de la ingesta indicados cómo factores motivadores al consumo resalta la alegría de los estados alcance y disposición. Los miembros de la familia tienden a fomentar el consumo moderado en ocasiones festivas. Los elementos del grupo de pertenencia tienden a motivar de manera explícita, la ingesta entre los estudiantes consumidores.

Conclusiones: El consumo de alcohol entre los jóvenes sufren las influencias personal, familiar y del grupo de pertenencia. Las iniciativas en la escuela tienden a tener poco efecto.

Palabras-clave: Alcohol; Jóvenes; Família; Grupo de pertinência; Escuela



INTRODUÇÃO

O consumo de álcool apresenta-se como uma marca social tendo, por isso, uma dilatada aceitação, em particular no mundo ocidental. Todavia, padrões de consumo que são socialmente aceites ou tolerados correspondem, frequentemente, a excessos, com consequências negativas. Alguns dos efeitos manifestam-se quase imediatamente após a ingestão excessiva como, por exemplo, a sensação de euforia e de desinibição, o estado de sonolência, a visão turva, a redução da capacidade de reação, a fadiga muscular. Outras manifestações podem surgir a longo prazo, alterando de modo crónico diversos órgãos vitais e associar-se a patologia nomeadamente anemia, miocardite, hepatite e hepatopatia, gastrite e avitaminoses. A nível psíquico a perturbação manifesta-se por delírios, insónias, cismas e até encefalopatias com deterioração psico-orgânica.

O consumo excessivo de álcool pode levar a estados de intoxicação etílica, a hipoglicemias, hipotermia e à morte. Manifestam-se comportamentos desadaptados nomeadamente a deterioração da capacidade de raciocínio e da atividade social e mudanças do estado de humor. Entre outras consequências graves, decorrentes do abuso do álcool, nomeiam-se as depressões, os acidentes de viação, a violência familiar, o insucesso escolar, os comportamentos criminosos, perturbação da ordem pública e até o suicídio. Segundo Matos, Carvalhosa, Reis e Dias (2001), a ingestão regular ou abusiva de álcool parece ligar-se a fatores individuais, que se congregam a outros comportamentos impulsionadores de risco em saúde, em ambiente social, designadamente familiar e escolar.

O aumento do consumo frequente e o facto da iniciação se revelar cada vez mais precocemente (Hibell 2013; Matos et al. 2012) conduziu-nos à atual investigação. Procurámos conhecer a influências das esferas pessoal, familiar e socio-cultural no consumo de bebidas alcoólicas entre os escolares, com vista a contribuir para a conceção de projetos de prevenção que procurem frenar ou a alterar a situação atual.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Do consumo de álcool

O início do consumo alcoólico na adolescência pode concorrer, segundo Dawson et al. (2008, citado em IDT, 2010), para um incremento da possibilidade de desencadear problemas associados ao consumo abusivo de álcool na idade adulta, nomeadamente para o risco da dependência. Em 2001, cerca de 30% da população principiou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15-17 anos de idade, tendo essa proporção aumentado para 40% em 2007 (Balsa, Vital, Urbano, Barbio, & Pascueiro, 2008). No estudo Health Behaviour in School-aged Children (Matos et al., 2012), numa amostra de 5050 alunos portugueses, 42% dos adolescentes afirmam ter ingerido bebidas alcoólicas pela primeira vez entre os 12-13 anos de idade e cerca de 62% afirma ter experimentado a sua primeira embriaguez por volta dos 14 anos. Os dados do último estudo do HBSC/WHO (Matos et al., 2012) dão a conhecer a diminuição do consumo semanal de bebidas destiladas de 1,9% relativamente a 2002, sendo o Alentejo a região portuguesa onde o consumo é de 5,8%, excedendo em 4,1 pontos percentuais a região do Algarve, onde se regista o menor consumo semanal. É no Alentejo que se regista a maior taxa de embriaguez entre os alunos (Feijão, 2010). De acordo com o Inquérito Nacional em meio escolar de 2011, entre os estudantes do 3º ciclo do ensino básico, a experimentação de álcool variou com descidas seguidas de subidas: 67% em 2001, 60% em 2006 e 67% em 2011. O estudo revela a estabilidade da percentagem da ocorrência de situações de embriaguez (2011 - 13%). A evolução dos consumos atuais à data da recolha de dados (últimos 30 dias) salienta o aumento contínuo de consumidores de cerveja e a estabilidade quanto às bebidas destiladas (Feijão, 2011).

De acordo com Gaudet (2006), a imitação dos pares pode revelar-se como fator de risco ou com fator de proteção para o consumo ou para a abstinência, respetivamente. Estudos realizados por Sieving, Perry e Williams (2000) revelam que os adolescentes com laços de amizade com adolescentes consumidores tendem a adotar o mesmo comportamento e que se verifica a seleção de pares, isto é, adolescentes consumidores procuram pares com o comportamento semelhante ao seu. Capaldi, Stoolmiller, Kim e Yoerger (2009) defendem que a influência dos pais no consumo de bebidas alcoólicas decorre na infância, enquanto os colegas têm um forte domínio sobre problemas de comportamento durante a adolescência. Segundo Steketee, Jonkman, Berten e Vettenburg (2013), a influência dos pares e as normas do grupo de pertença pode alicerçar o consumo de álcool. O desejo de pertencer a um grupo ou a vontade de ser visto como "in" parecem potenciar a ingestão de bebidas alcoólicas em contexto de grupo. Entre rapazes, beber excessivamente é entendido como sinónimo de forte.

Um estudo realizado por Boné e Bonito (2012), com alunos do 12º ano de escolaridade, revela que uma alteração de comportamento no grupo de pertença, tende a modificar o comportamento individual, relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas. O grupo funciona como promotor do hábito alcoólico quer de forma ativa quer de forma tácita. Neste estudo destaca-se o grupo de pertença como o elemento mais influente na abstinência ou na ingestão de bebidas alcoólicas. O consumo de comportamento é uma resposta social e não uma ação intencional (Andrews, Hampson & Peterson, 2011). O baixo autocontrole apresenta-se como fator de risco no consumo de álcool entre os jovens, todavia, a sua associação é variável entre os países europeus (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013).

As escolas são espaços tendencialmente influentes no desenvolvimento de comportamentos de saúde e de estilos de vida. Uma pesquisa realizada em 25 países europeus, incluindo Portugal, divulga que os alunos que dedicam em casa tempo ao estudo, que revelam gosto pela escola e que definem o seu ambiente escolar como positivo, apresentam menores taxas de prevalência no consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas. Todavia, a evasão e a desorganização na vida escolar constituem fatores de risco entre os jovens (Steketee, Jonkman, Berten & Vettenburg, 2013).

2. MÉTODOS

No estudo que apresentamos, procedemos a uma abordagem metodológica que possibilitasse uma aproximação ao fenómeno a partir do interior, aprofundando casos particulares. De acordo com De Bruyne, Herman e De Schoutheete (1984), é adequada uma participação na vida dos sujeitos estudados e uma análise introspetiva. Com base no apresentado, realizámos uma comparação de casos múltiplos (Bogdan & Biklen, 2003; Stake, 1994) com enfoque numa narrativa (Bassey, 2002), que possibilitou a descoberta de convergências e de divergências entre os casos que à partida divergiam pelos seus hábitos. Para Barlow, Nock e Hersen (2009), a lógica implícita nos casos múltiplos é a de antecipar resultados similares (replicação literal) ou a possibilidade de encontrar resultados contrastantes, para razões previsíveis (replicação teórica).

2.1 Amostra

O critério para a seleção dos sujeitos baseou-se na sua receptividade e no seu interesse em participar no estudo. Foi efetuada a auscultação dos alunos pelos diretores de cada turma. Procurámos cinco alunos que se auto considerassem não consumidores de bebidas alcoólicas e cinco alunos que definissem como consumidores. Na Tabela 1 apresentamos os dados referentes aos sujeitos.

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos participantes no estudo.

Consumidor vs. Não consumidor	Casos	Sexo	Idades	Locais de residência
NC	1	F	13	U
	2	F	13	U
	3	F	13	U
	4	F	13	R
	5	F	13	U
C	6	M	14	U
	7	F	13	U
	8	F	13	U
	9	M	14	U
	10	M	15	U

Legenda: NC – não consumidor; C – consumidor; F – feminino; M – masculino; R – meio rural; U – meio urbano

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Elegemos o inquérito por entrevista para a recolha dos dados, recorrendo a conversas individuais, orientadas pelos objetivos definidos na recolha de informações. Elaborámos um guião de entrevista exploratória que possibilitasse o aprofundamento dos factos e das opiniões acerca dos acontecimentos, dos outros sujeitos e sobre o próprio. Segundo Lalande (1998), a narração feita pelo sujeito possibilita destacar de uma realidade numérica nivelada factos importantes que os procedimentos quantitativos não permitem. O instrumento usado inclui-se num formato de entrevista semiestruturada tendo por base um guião orientador, garantindo que os intervenientes responderam às mesmas questões preservando, todavia, a flexibilidade na exploração das mesmas. O guião integra três dimensões: dimensão pessoal, dimensão ambiental e dimensão socio cultural.

A qualidade do guião (um para alunos consumidores outro para alunos não consumidores) foi garantida por testes lógicos de validade e de confiabilidade. Para proceder à sua validação, os instrumentos foram submetidos a um painel de juízes e após a recolha dos comentários dos especialistas, foram efetuadas as alterações sugeridas. Por fim, foi aplicada uma pré-entrevista a dois



estudantes (um consumidor e outro não consumidor) no sentido de avaliar e de integrar modificações. Deste processo, resultou a versão definitiva do instrumento de recolha de dados. O trabalho assentou na relação de confiança e de colaboração estabelecida com os entrevistados, garantindo a sua autonomia, a sua integridade, a sua confidencialidade e sua privacidade assim como a dos relatos, assim como o tratamento fiel da informação e da sua análise.

2.3 Procedimentos

O projeto da pesquisa recebeu parecer favorável do Ministério da Educação e do diretor do agrupamento de escolas. Foi designado um elemento mediador, com vista a articular com os investigadores o processo de recolha da informação, que contactou os diretores das turmas do 8º ano, entregando-lhes uma carta de apresentação do trabalho. Decorrente da anuência destes, foi realizada uma sessão de divulgação do estudo, pelos diretores de turma a cada uma das turmas envolvidas. O processo de seleção dos alunos baseou-se no seu voluntariado e na dicotomia abstinentes-consumidor. Os alunos voluntários mediaram o contacto com os seus encarregados de educação, entregando-lhe uma carta de apresentação do projeto e os pedidos de consentimento informado.

As entrevistas decorreram na escola, num gabinete, com luminosidade adequada e ambiente acolhedor. As entrevistas foram registadas, com autorização dos sujeitos, em gravação digital Olympus VN-6800PC. Cada sujeito foi identificado por código, formado pela letra E (de entrevistado), seguido por um numeral cardinal que estabelece o número do entrevistado. Assim, por exemplo, o código E04, corresponde ao entrevistado número 4. O conteúdo das entrevistas foi transscrito, ipsíssimis verbis, em Microsoft Word 2007. Prosseguimos o trabalho com a elaboração da síntese de cada caso e construídos quadros sinóticos por dimensão. A análise e a codificação das respostas foram feitas com base na técnica open coding da grounded theory (Orlikowski, 1993) e em Bardin (1994). Destacámos as ideias chave como unidades de sentido, dependentes de outras partes do texto com as quais se relacionavam. Concluímos evidenciando os resultados idênticos e divergentes dos casos.

3. RESULTADOS

Os resultados que encontrámos apresentam-se estruturados em três dimensões: dimensão pessoal (fatores individuais); dimensão ambiental (fatores promotores do hábito do consumo do álcool), dimensão socio-cultural (fatores micro sociais, fatores macrossociais e representações sociais), para alunos consumidores e alunos não consumidores

3.1. Alunos consumidores

DIMENSÃO PESSOAL: FATORES INDIVIDUAIS

ODP1. Conhecer motivações pessoais para o consumo de bebidas alcoólicas

QDP1. Em que momento da tua vida começaste a tomar bebidas alcoólicas?

O início da ingestão de bebidas alcoólicas aconteceu entre os 12 (E07) e os 14 anos (E09). As primeiras experiências decorreram, tendencialmente, em festas (E07; E08; E09; E10) e na companhia de amigos (E07; E08; E09; E10).

QDP2. Quais foram os motivos que te levaram a fazê-lo?

A curiosidade (E06; E08; E09; E10) as motivações explícitas (E07) ou tácita (E06; E08; E09; E10), “dar estilo” (E09), parecem constituir-se como motivos que contribuem para o início da ingestão de bebidas alcoólicas.

QDP3. Já fizeste alguma experiência para deixar de tomar bebidas alcoólicas?

A maioria não pensou deixar de tomar e todos referem não tomar excessivamente.

DIMENSÃO AMBIENTAL: FATORES PROMOTORES DO HÁBITO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

ODA1. Conhecer as bebidas mais consumidas entre os jovens

QDA1. Quais são as bebidas alcoólicas que tomas habitualmente? E os teus amigos?

As bebidas que mais frequentemente ingerem são Eristoff Black e Eristoff Black com Coca-Cola (E06; E08), Vodka (E07) e cerveja (E09; E10). Os amigos têm preferências coincidentes (E09; E10), enquanto que os demais entrevistados tomam bebidas nem sempre coincidentes com as dos seus amigos (E06; E07; E08).

QDA2. Que razões indicas para o facto de serem essas as vossas preferidas?



As preferências apontam para a agradabilidade do sabor (E06; E07; E08; E09; E10), preço mais reduzido no caso da cerveja (E06; E07; E08; E10) e baixa concentração em álcool.

ODA2. Conhecer o nível de acessibilidade

QDA3. Como classificarias o grau de dificuldade em adquirir bebidas alcoólicas? O que contribui para isso?

É fácil adquirir e ingerir bebidas alcoólicas com idade inferior a 16 anos (E06; E07; E08; E10), para isso parece contribuir, na opinião unânime dos entrevistados, a questão económica das vendas (E06; E07; E08; E09; E10).

QDA4. Quando adquires uma bebida alcoólica pedem-te um documento de identificação (BI, CC)? Em que locais já te solicitaram a identificação?

De acordo com os inquiridos, por norma, não é solicitada identificação para confirmar a idade (E07; E08; E10). Em dois casos foi solicitada a identificação e numa das situações foi vendida a bebida a um menor de 16 anos (E06).

QDA5. O que sentes acerca do limite de idade para o consumo e a compra de bebidas alcoólicas?

A idade limite para consumo e aquisição de bebidas alcoólicas deveria, na opinião da maioria dos participantes no estudo, manter-se nos 16 anos (E06; E08; E09; E10).

QDA6. Como obténs o dinheiro para comprares bebidas alcoólicas?

São os pais (E06; E07; E08; E10) quem, geralmente, cede o dinheiro destinado a gastos nas festas. Há quem reserve uma parte das verbas periódicas que recebe para a compra de bebidas (E07; E08; E10). O preço das bebidas é elevado e em algumas festas há redução dos preços. Preços mais elevados parecem limitar os consumos (E07; E08).

DIMENSÃO SOCIO-CULTURAL: FATORES MICRO-SOCIAIS

ODSC1. Conhecer a influência da família no hábito alcoólico

QDSC1. Em que medida os teus familiares (pais, tios, avós, primos...) alguma vez te incentivaram a tomar bebidas alcoólicas?

Os familiares tendem a incentivar a ingestão moderada em ocasiões festivas (E06; E07; E08; E09).

QDSC2. Algum familiar próximo toma regularmente bebidas alcoólicas?

Os pais e os irmãos, dos alunos entrevistados, tomam bebidas alcoólicas moderadamente (E06; E07; E08; E09; E10) o que parece contribuir para um hábito de ingestão igualmente moderado por parte destes (E07).

QDSC3. Que pensam os teus pais sobre o facto de ingerires bebidas alcoólicas?

Nem todos os pais estão informados da ingestão de bebidas alcoólicas por parte dos filhos (E07; E08; E10). Alguns dos progenitores são tolerantes à ingestão moderada (E06; E09).

ODSC2. Conhecer o nível de intervenção dos pais, perante o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos filhos

QDSC4. Como atuam os teus pais relativamente ao consumo de álcool?

Os pais dos entrevistados são críticos e intolerantes a consumos abusivos de bebidas alcoólicas (E06; E07; E08; E09; E10).

QDSC5. Como te sentes perante a atuação dos teus pais? Que efeitos tem sobre ti?

Tendem a considerar a atuação dos pais e em consequência a ingerir de forma moderada (E006; E08; E09). Há quem considere que a sua própria opinião prevalece visto estar entre amigos e isso motivar ao consumo (E07). A omissão do hábito de ingestão aos pais relaciona-se com o facto de os pais serem muito críticos (E10).

ODSC3. Conhecer a interferência dos pares no hábito de consumo alcoólico

QDSC6. Quais são as influências que se desenvolvem no teu grupo de amigos, no sentido do consumo de bebidas alcoólicas?

Os elementos do grupo de pertença motivam de forma tácita (E10) ou explícita (E07, E08, E09) à ingestão.

QDSC7. Quando sais com os teus amigos o que poderá contribuir para não tomares bebidas alcoólicas?

O facto de estar doente parece contribuir para a abstinência (E06; E10), assim como não ter vontade de tomar (E06; E08; E09). A hora de regresso a casa tende a influenciar a quantidade de álcool ingerido.



QDSC8. Alguma vez tomaste bebidas alcoólicas apenas para não desiludires os teus amigos? E para os acompanhares, sem que tivesses vontade de o fazer?

Acompanhar os amigos parece motivar a ingestão (E06; E07; E08; E09; E10) e não para não causar desilusão (E07).

QDSC9. Supondo que os teus amigos deixavam de tomar bebidas alcoólicas, pensas que isso se repercutia nos teus hábitos de consumo? Porquê?

A alteração no hábito de ingestão no grupo de pertença contribuiria para alteração dos hábitos pessoais, de acordo com os entrevistados (E06; E07; E08; E10). Apresenta-se como singular o facto de manter o hábito de ingestão (E09).

ODSC4. Compreender a razão da elevada ingestão de bebidas alcoólicas num curto período

QDSC10. Como justificas que atualmente se beba, em algumas ocasiões, com o limite da embriaguez?

Segundo os entrevistados, há quem vá tomando e termina embriagado (E06; E09), quem tenha em mente embriagar-se (E07; E08; E10) e que, a primeira embriaguez, surge por desconhecimento dos efeitos das bebidas (E10).

FATORES MACROSSOCIAIS

ODSC5. Identificar o efeito de modelagem social exercida através dos mass media e sociedade

QDSC11. Que pensas da divulgação, nos mass media, de bebidas alcoólicas? Consideras que influencia o consumo e as tuas preferências?

Consideram que influencia, pela exibição em espaços frequentados por jovens (E06), imagens apelativas das bebidas, manifestações de alegria por parte de quem as ingeriu (E08; E10) e pela curiosidade que desperta (E08; E09; E10). Um dos entrevistados não lhe reconhece influência nas suas escolhas (E07).

QDSC12. Como relacionas a popularidade dos elementos do teu grupo e o consumo de bebidas alcoólicas?

Quem toma é popular, referem alguns dos entrevistados (E06; E07; E09; E10). Os comportamentos desadequados por parte de quem ingeriu bebidas alcoólicas desagrada a um dos entrevistados que não relaciona popularidade com ingestão (E08).

QDSC13. Como consideras o consumo de bebidas alcoólicas, entre os jovens? É um hábito in?

Os resultados apontam para considerar que quem bebe está na moda (E06; E07; E08; E10).

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

ODSC6. Conhecer as representações sociais dos jovens relativamente ao consumo alcoólico

QDSC14. Por que razões consideras importante a ingestão de bebidas alcoólicas?

A diversão parece constituir a principal razão para a ingestão de bebidas alcoólicas (E06; E07; E10) porém, há quem não encontre qualquer razão importante que justifique a ingestão (E08; E09).

QDSC15. Que relação encontras entre o teu desempenho escolar (resultados, participação e desenvolvimento cívico, comportamento e disciplina, valorização e impacto das aprendizagens) e o hábito de ingestão de bebidas alcoólicas

Não reconhecem influência da ingestão de bebidas alcoólicas no desempenho escolar (E06, E08, E09, E10). Reconhece influência negativa sobre os resultados escolares, referindo que se tornou menos aplicada (E07).

ODSC7. Conhecer a ação pedagógica da escola sobre o consumo alcoólico

QDA16. Qual é a intervenção da escola acerca do consumo de bebidas alcoólicas

Atividades dinamizadas pela PSP, trabalho realizado no âmbito de uma disciplina, campanhas de informação. As iniciativas parecem não surtir efeito.



3.2. Alunos não consumidores

DIMENSÃO PESSOAL: FATORES INDIVIDUAIS

ODP1. Conhecer motivações pessoais para o consumo de bebidas alcoólicas

QDP1. Em que momento da tua vida começaste a tomar bebidas alcoólicas?

A maioria dos entrevistados já experimentou tomar em festas (E01) e em casa com os pais (E02, E05). Um entrevistado não experimentou.

QDP2. Quais foram os motivos que te levaram a considerar essa possibilidade?

O ambiente, a diversão, a curiosidade, a observação de comportamentos.

ODP2. Compreender as atitudes manifestadas pelos alunos relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas

QDP3. Achas que vives, de forma mais agradável, os momentos de convívio e os teus momentos solitários, pelo facto de não ingerires essas bebidas? Porquê? O que sentes?

A maioria dos entrevistados afirma viver de forma mais agradável por não ingerir bebidas alcoólicas, não faz figuras ridículas e os pais não têm de os recolher por terem bebido excessivamente. Conclui pelo que já experimentou ou pelos comportamentos que observa.

QDP4. Sentes-te diferente por não consumires bebidas alcoólicas? Em que medida? Quais são as diferenças que notas entre quem bebe e quem não bebe?

Os alunos referem sentir-se bem, tranquilos e sem alteração do comportamento, afirmam que há quem beba apenas porque os demais o fazem. Um entrevistado refere que os não consumidores prestam ajuda a quem toma álcool exageradamente.

DIMENSÃO AMBIENTAL: FATORES PROMOTORES DO HÁBITO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

ODA1. Conhecer as bebidas mais consumidas entre os jovens

QDA1. Quais são as bebidas que tomas habitualmente? E os teus amigos?

As bebidas preferidas são Coca-Cola®, sumos, refrigerantes. A maioria refere que os amigos tomam bebidas diferentes das que são as suas preferidas.

QDA2. Que razões indicas para o facto de serem essas as vossas preferidas?

O sabor é referido pela totalidade dos entrevistados como a razão das suas escolhas.

ODA2. Conhecer o nível de acessibilidade

QDA3. Como classificarias o grau de dificuldade em adquirir bebidas alcoólicas? O que contribui para isso?

É fácil adquirir bebidas alcoólicas. Os mais velhos compram para os mais novos mas alguns destes também não têm 16 anos de idade. Os comerciantes vendem para ganhar dinheiro. Os jovens frequentam os locais onde lhes vendem. O facto de os jovens terem dinheiro contribui para que adquiriram bebidas alcoólicas.

QDA4. O que sentes acerca do limite de idade para o consumo e a compra de bebidas alcoólicas?

Consideram 18 anos a idade adequada (E01, E05), as limitações legais na idade de aquisição e consumo não são, qualquer que seja a idade, respeitados.

QDA5. Quais são as formas para obteres dinheiro para comprar as bebidas que costumas tomar?

Os pais entregam dinheiro aos filhos e estes usam-no na aquisição de bebidas alcoólicas. Preços mais elevados limitariam o consumo (E02, E05). Mesadas, dinheiro amealhado, ofertas de Natal, são utilizadas para adquirir bebidas.

DIMENSÃO SOCIO-CULTURAL: FATORES MICRO-SOCIAIS

ODSC1. Conhecer a influência da família no hábito alcoólico

QDSC1. Em que medida os teus familiares (pais, tios, avós, primos...) te servem de modelo e não te incentivam a tomar bebidas alcoólicas? Algum deles, alguma vez te motivou para experimentar?



Maioritariamente os pais influenciam ou permitem que experimentem na sua presença. Modelos familiares e consumo exagerados repudiam a ingestão (E03). Ingestão reduzida de bebidas alcoólicas pelos pais é modelo para jovens (E05).

QDSC2. Algum familiar próximo toma regularmente bebidas alcoólicas?

Maioritariamente são referidos os pais com ingestão moderada.

QDSC3. Que pensam os teus pais sobre o facto de não ingerires bebidas alcoólicas?

Os pais ficam felizes com o facto de não consumirem. Os pais consideram errado os jovens tomarem bebidas alcoólicas.

ODSC2. Conhecer o nível de intervenção dos pais, perante o consumo de bebidas alcoólicas por parte dos filhos

QDSC4. Como atuam os teus pais relativamente ao consumo de álcool?

Os pais são muito críticos e intolerantes.

QDSC5. Como te sentes perante a atuação dos teus pais? Que efeitos tem sobre ti?

A maioria tem em conta a atuação dos pais. O facto de os pais não acharem bem não impede que experimentem (E01). Não apreciar o sabor e o cheiro são motivos para não tomar (E02)

ODSC3. Conhecer a interferência dos pares no hábito de consumo alcoólico

QDSC6. Quais são as influências que se desenvolvem no teu grupo de amigos, no sentido do consumo de bebidas alcoólicas?

É referido que não existem influências (E01, E04), existem convites ao consumo (E02, E03) e questionamento (E05).

QDSC7. O que te parece o facto de alguns dos teus amigos ingerirem bebidas alcoólicas?

Consideram que os amigos consumidores deveriam abster-se ou reduzir a ingestão por considerarem comportamentos mais saudáveis. São apontados motivos promotores do consumo nomeadamente, infelicidade, diversão ou imitação.

QDSC8. Valoriza-los mais por isso? Na tua opinião que valores deverá ter um amigo para o considerares admirável?

Não valorizam mais quem toma bebidas alcoólicas. Sinceridade (E03) e companheirismo (E03, E05) são características que um amigo deverá ter.

QDSC9. Quando sais com os teus amigos o que contribui para não tomares bebidas alcoólicas independentemente deles o fazerem?

Preferir bebidas não alcoólicas (E01, E02), considerar que não vale a pena (E03), o facto de os amigos não tomarem a não sair à noite (E04), ter vivido uma má experiência por ingestão excessiva (E05), são razões apontadas para a abstinência no consumo de bebidas alcoólicas.

QDSC10. Alguma vez tomaste ou pensaste tomar bebidas alcoólicas apenas para não desiludires os teus amigos? E para os acompanhares, sem que tivesses vontade de o fazer?

Nunca o fizeram.

QDSC11. Quais são os comportamentos que facilitam a integração de um novo elemento no teu grupo de amigos?

Ser simpático, agradável no convívio, sincero, deter espírito crítico, divertido, não ser rebelde, tomar bebidas alcoólicas.

ODSC4. Compreender a razão da ingestão de bebidas com elevada concentração de álcool

QDSC12. Como justificas que atualmente se beba, em algumas ocasiões, com o limite da embriaguez?

Intenção de se embriagar, ambiente festivo, chamar a atenção, ingestão excessiva e de múltiplas bebidas.

QDP13. Qual é a tua opinião relativamente ao consumo de bebidas com elevada concentração de álcool?

FATORES MACRO-SOCIAIS

ODSC5. Identificar o efeito de modelagem social exercida através dos mass media e sociedade

QDSC14. Que pensas da divulgação, nos mass media, de bebidas alcoólicas? Consideras que influencia o consumo e as tuas preferências?

Não influencia (E01, E05), não influencia como a vida real (E04), influencia (E02, E03).



QDSC15. Como relacionas a popularidade dos estudantes e o consumo de bebidas alcoólicas?

A maioria acha que quem toma bebidas alcoólicas é mais popular (E02, E03, E05), ser simpático e divertido torna os jovens populares (E04) e um dos entrevistados não relaciona a popularidade com a ingestão alcoólica.

QDSC16. Como consideras o consumo de bebidas alcoólicas, entre os jovens? É um hábito in? E tu como te consideras, assim como os demais que não consomem bebidas alcoólicas

A tendência é considerar não estar na moda quem consome bebidas alcoólicas (E01, E02, E03, E04, E05). Pensam que quem toma é que se autoconsidera na moda (E04, E5).

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

ODSC6. Conhecer as representações sociais dos jovens relativamente ao consumo alcoólico

QDSC17. Por que razões consideras importantes a não ingestão de bebidas alcoólicas?

Perturbar o desenvolvimento, despertar para tomar outras drogas, comportamentos desadequados, viver melhor sem tomar álcool, não existir qualquer vantagem na ingestão.

QDSC18. Que relação encontras entre o teu desempenho escolar e o hábito de não ingerires bebidas alcoólicas?

Acredita que terá influência negativa (E01, E03, E04, E05). Interfere mas apenas em quem toma em quantidades elevadas (E02). Não interfere (E04). Os comportamentos são resultado da educação de cada individuo (E01), podem alterar o seu comportamento (E04), tornar-se mais agressivos.

ODSC7. Conhecer a ação pedagógica da escola sobre o consumo alcoólico

QDA19. Qual é a intervenção da escola acerca do consumo de bebidas alcoólicas

Foram realizados trabalhos acerca da temática, sessão se sensibilização da responsabilidade da PSP e cartazes afixados em placards.

4. DISCUSSÃO

4.1 O hábito de abstinência e do consumo de álcool

4.1.1 Dimensão pessoal: fatores individuais

Motivações pessoais para o não consumo e para o consumo de bebidas alcoólicas. Todos os alunos entrevistados, que se auto consideraram não consumidores, declaram ter já consumido álcool em algum momento das suas vidas. Todavia, alguns não terão dado continuidade a essa prática depois da experimentação ou após um período de consumo terão optado pela cessação. Entre os alunos que participaram no estudo, a experimentação da ingestão de bebidas alcoólicas ocorre entre os 12-15 anos de idade, acompanhados de amigos ou dos pais. A motivação pessoal para a experimentação destas bebidas parece ser a diversão, a curiosidade e a observação de comportamentos.

A idade da experimentação encontrada, apresenta coincidência com estudos anteriores (Balsa et al., 2008; Matos et al., 2012), tendo vindo a manifestar-se em idades cada vez mais precoces (Vinagre & Lima, 2006). A curiosidade, a imitação, a pertença a um grupo de pares e a motivação familiar constituem-se como fatores promotores da experimentação e do consumo, também encontrados em estudos realizados por Gaudet (2006) e Muisener (1994). Os momentos em que decorreu a experimentação e as posteriores ocasiões de consumo coincidem com dados já revelados em outros trabalhos (Cabral, 2007; Freyssinet-Dominjon & Wagner 2006).

Atitudes manifestadas pelos alunos relativamente à abstinência e ao consumo de bebidas alcoólicas. Os alunos referem viver de forma mais agradável em resultado do seu hábito de abstinência. São reveladas as consequências da ingestão como justificação das suas atitudes, nomeadamente, não fazer figuras ridículas e os pais não terem de os ir buscar, em consequência de estados de embriaguez, a locais festivos. Para os alunos consumidores os momentos após a ingestão alcoólica são vividos com maior alegria e boa disposição, registando-se também o testemunho de um dos jovens que refere não sentir quaisquer alterações relativamente ao consumo de álcool. Coincidindo com Ferreira-Borges e Filho (2004), os resultados apontam a estímulo sensorial e alterações individuais decorrentes da ingestão de bebidas alcoólicas, designadamente estados de maior alegria e extroversão.



4.1.2 Dimensão ambiental: fatores promotores do hábito de consumo alcoólico

As bebidas mais consumidas entre os adolescentes. As bebidas apontadas como preferidas pelos alunos não consumidores são sumos, refrigerantes, chá e Coca-Cola®, sendo esta última a mais referida entre os participantes no estudo. As bebidas alcoólicas mais consumidas pelos alunos consumidores são Eristoff Black® e Eristoff Black® com Coca-Cola®, vodka e cerveja. Todos os participantes mencionam o sabor como a razão das suas preferências. É referida a divergência de preferências no momento da escolha das bebidas relativamente aos seus amigos: umas vezes consomem bebidas alcoólicas e outras vezes optam por não consumir. Inferimos uma associação entre os momentos de lazer e o consumo alcoólico, coincidindo com o defendido por Cabral (2004) e Swisher e Hu (1983). A cerveja apresenta-se como a bebida alcoólica de eleição, identificada por Hibell et al. (2009). A cerveja é a bebida mais consumida entre rapazes, sendo que as raparigas preferem as bebidas espirituosas, tal como o revelaram Hibell et al. (2009).

Nível de acessibilidade. Todos os estudantes referem facilidade na aquisição de bebidas alcoólicas. Assinalam também o interesse dos comerciantes como o principal motivo do facilitismo na venda de bebidas alcoólicas. É ainda declarado que o facto de os adolescentes possuírem dinheiro contribui para a facilidade da aquisição deste tipo de bebidas. Os alunos afirmam que ainda não assistiram ao pedido de documentos de identificação por altura da aquisição de bebidas alcoólicas. O limite de idade para aquisição e consumo de bebidas alcoólicas é encarado, diferentemente pelos entrevistados. Todos os alunos referem que são os pais a fornecer-lhes o dinheiro por altura das festas, ou usam do que amealham das mesadas e de ofertas que recebem. O reduzido controlo legal das idades dos consumidores e a permissão para a permanência em espaços de consumo de bebidas alcoólicas parecem concorrer para a ingestão alcoólica, fatores identificados no estudo de Feijão, Lavado e Calado (2011) em outros espaços nacionais.

4.1.3. Dimensão sociocultural: fatores microssociais

A influência da família no comportamento não alcoólico. Entre os participantes não consumidores é referido que existem familiares que não influenciam na ingestão de bebidas alcoólicas, porém, outros alunos que afirmam terem sido motivados, ou que lhes fora permitido experimentar, por parentes próximos, assim como é relatado por participantes consumidores. De acordo com os estudantes não consumidores, os pais sentem-se felizes com o facto de não consumirem bebidas alcoólicas.

Os resultados encontrados não são coincidentes no que se refere à motivação direta para a experimentação alcoólica por parte dos progenitores com estudos de Araoz (2004) e Heath (2000).

Intervenção dos pais perante o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens. Os pais dos participantes no estudo tendem a não tolerar o consumo de álcool entre os jovens, apresentam-se críticos e intolerantes relativamente à ingestão de bebidas alcoólicas. Nem todos os pais estão informados da ingestão e bebidas

alcoólicas por parte dos filhos. O papel da família parece estruturar-se como fundamental para o hábito de abstinência, especialmente a abordagem da temática em ambiente familiar, coincidindo com a posição de Dillon (2010).

A interferência dos pares no consumo não alcoólico. A interferência dos pares no consumo de bebidas alcoólicas tende a acontecer entre os alunos não consumidores e também entre os consumidores, contudo, são diversas as razões avançadas para a não ingestão: preferir o sabor de bebidas não alcoólicas e considerar desvalorizável a ingestão de álcool. Alguns estudantes revelam que acontecem convites para o consumo nos períodos de convívio entre amigos e outros afirmam que não se desenvolvem influências no seu grupo de amigos. Consideram, ainda, que o hábito de consumo alcoólico não interfere nas relações de amizade nem contribui para a valorização dos pares. As características que consideram importantes nos amigos são a sinceridade e o companheirismo.

4.1.4. Dimensão sociocultural: fatores macrossociais

A modelagem social resultante dos mass media. A modelagem social resultante dos mass media tende a destacar como mais significativa entre os mais jovens. Acontece através de séries juvenis e da publicidade a bebidas e a festivais para a juventude. Há quem refira que a influência interparas é a que tem maior peso. Quanto à relação entre a popularidade dos estudantes e o consumo de bebidas alcoólicas, os alunos declararam que quem toma bebidas alcoólicas é mais popular. O hábito de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens é considerado não estar na moda e que são os consumidores quem se autoconsidera na moda.

O efeito promotor da publicidade sobre o hábito de consumo de bebidas alcoólicas não se apresenta coincidente entre os participantes no estudo, diferindo do revelado por Pinsky (2009).



4.1.5. Dimensão sociocultural: representações sociais

Razões da abstinência e do consumo de bebidas alcoólicas. Os escolares apontam como razões da não ingestão a perturbação do desenvolvimento, motivação ao consumo de outras substâncias psicoativas, comportamentos socialmente desadequados, viver de forma mais agradável e saudável, não existir qualquer vantagem na ingestão. Por seu lado, os alunos consumidores garantem que se divertem mais quando ingerem bebidas alcoólicas. O hábito de não ingestão alcoólica influência favoravelmente o desempenho escolar. Porém, também é referido que apenas os consumos excessivos desenvolvem influência. O efeito sobre o aproveitamento escolar não é igualmente relacionado entre os entrevistados, contrariando os resultados encontrados por Trindade e Correia (1999), ao referirem a influência negativa declarada do hábito de ingestão sobre o rendimento escolar dos alunos consumidores.

A ação pedagógica da escola sobre o consumo alcoólico. A ação pedagógica exercida pela escola acerca do consumo alcoólico, segundo os entrevistados consumidores e não consumidores é considerada não eficaz, não advindo resultados positivos das atividades desenvolvidas.

Os resultados apontam para a adoção de estratégias pouco eficazes na tomada consciente de decisões, que não correspondem às expectativas dos alunos, contrariando o trabalho de Gordo, Beltrán, Lillo, Lourenzo e Lourenzo (2014), onde se conclui que as estratégias de saúde devem atender as expectativas dos adolescentes e não se estreitarem à transmissão informativa.

CONCLUSÕES

Orientadas pelas dimensões estudadas, expõem-se as conclusões, comparando e apresentando coincidências e disparidades entre os participantes não consumidores e consumidores de bebidas alcoólicas.

O momento da experimentação ocorreu, nos participantes consumidores e os não consumidores, entre os 12-14 e entre os 13-14 anos de idade, respetivamente, o que vai ao encontro com o estudo de Matos et al. (2012) e que antecipa a idade de iniciação do consumo revelada no estudo de Balsa, Vital, Urbano, Barbio, e Pascueiro (2008). A experimentação decorre na companhia de amigos ou dos pais, em ambientes festivos.

A experimentação entre os não consumidores foi motivada pela curiosidade, pelo ambiente, pela diversão, pela observação de comportamentos e pela presença de amigos consumidores. Os escolares consumidores, referem a curiosidade, as motivações tácita e explícita dos pares, “dar estilo” e querer impor-se num grupo. As consequências da ingestão alcoólica são promotoras da abstinência e também do consumo do álcool, o que coincide com o apresentado por Gaudet (2006). Os escolares preservam a abstinência por entenderem que dessa forma vivem de forma mais agradável por não, não fazem figuras ridículas e os pais não têm de os recolher por terem bebido excessivamente.

Entre os não consumidores, a ingestão é considerada perturbadora do desenvolvimento, motivadora para a ingestão de outras drogas, promotora de comportamentos desadequados e é considerado que não existe qualquer vantagem na ingestão.

O nível de acessibilidade é elevado. Com facilidade são compradas bebidas alcoólicas com idade inferior à definida por Lei, não é solicitada identificação para confirmação da idade dos jovens compradores.

O limite de idade para compra e consumo de bebidas alcoólicas é entendida distintamente pelos entrevistados. Os não consumidores que definem os 18 anos de idade. Para os consumidores os 16 anos deverá ser a idade mínima para o consumo e para a aquisição de bebidas alcoólicas. São os pais quem, por norma, disponibilizam o dinheiro para os gastos nas festas. Também é usada para o mesmo fim parte das verbas periódicas que os estudantes recebem, assim como dinheiro que amealham.

Os participantes consideram que maior disponibilidade de dinheiro implica maior consumo. O preço das bebidas é elevado e em algumas festas há redução dos preços. Preços mais elevados parecem limitar os consumos. Os familiares tendem a estimular a ingestão moderada em ocasiões festivas. As ingestões moderadas por parte dos familiares tende a influenciar os jovens para ingestões moderadas.

Os pais dos entrevistados são críticos e intolerantes a consumos abusivos de bebidas alcoólicas o que contribui para a omissão do hábito de ingestão aos pais. Os pais dos alunos não consumidores gostam que os filhos sejam abstinentes. Todavia, o facto de os pais discordarem dos consumos entre os jovens escolares não contribui para a abstinência.

Os elementos do grupo de pertença motivam de forma tácita ou explícita à ingestão e a alteração no hábito de ingestão, no grupo de pertença, tenderia a contribuir para alteração dos hábitos pessoais de consumo. A divulgação de bebidas alcoólicas nos mass media parece ter efeitos estimulantes no consumo. Quem toma bebidas alcoólicas é mais popular entre os escolares, de acordo com os consumidores e é considerado estar na moda. Os não consumidores não valorizam que toma bebidas alcoólicas mas antes quem é sincero e companheiro e tampouco consideram na moda quem ingere álcool.



A diversão parece constituir a principal razão para a ingestão de bebidas alcoólicas.

Não foi reconhecida influência da ingestão de bebidas alcoólicas no desempenho escolar, pelos alunos consumidores. Todavia os alunos consumidores reconhecem influencia negativa na ingestão das bebidas.

A ação pedagógica da escola não se revela eficaz não se revelando resultados favoráveis dessas intervenções.

No estudo foram detetadas algumas fragilidades nos elementos envolvidos: (a) fraco plano preventivo desenhado em meio escolar; (b) escasso diálogo entre os pais e os filhos; (c) disponibilidade económica para a aquisição de bebidas entre jovens consumidores e não consumidores; (d) falta de controlo dos gastos; (e) procedimento ilegal por parte dos comerciantes; (f) deficitária fiscalização por parte das polícias (Autoridade de Segurança Alimentar e Económica; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública).

Numa análise com o quadro teórico e conceitual traçado, percebe-se que os resultados que encontrámos não se apresentam inteiramente coincidentes com estudos anteriormente realizados tendo sido identificadas várias dissonâncias, nomeadamente: (a) a motivação direta para a experimentação alcoólica pelos progenitores, de acordo com o que define Ferreira-Borges e Filho (2004); (b) a influência da publicidade sobre o hábito de consumo de bebidas alcoólicas não se apresenta coincidente entre os participantes no estudo, descontinuador do revelado por Pinsky (2009); (c) o efeito sobre o aproveitamento escolar não é igualmente relacionado entre os entrevistados, contrariando Trindade e Correia (1999) que defendem a influência negativa declarada do hábito de ingestão sobre o rendimento escolar dos alunos consumidores.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não têm conflito de interesses na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS

Andrews, J., Hampson, S., & Peterson, M. (2011). Early adolescent cognitions as predictors of heavy alcohol use in high school. *Addictive Behaviours*, 36, 448–455.

Araoz, G. (2004). *Cultural considerations. In International Center for Alcohol Policie, What drives underage drinking? An international analysis* (pp. 39-47). Washington, DC: International Center for Alcohol Policies. Retirado de <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=u5U/st%2B6jt8%3D&tabid=108>.

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C., Barbio, L., & Pascueiro, L. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2007*. Lisboa: Instituto da Drogas e da Toxicodependência.

Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barlow, D., Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (3rd ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bassey, M. (2002). Case study research. In Coleman, M., & Briggs, A. (Eds.), *Research methods in educational leadership and management* (pp. 108-121). London: Paul Chapman.

Bogdan, R., & Biklen, S. (2003). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods* (4th ed.). New York: Pearson Education.

Boné, M., & Bonito, J. (2012). Compreender o consumo e a abstinência de bebidas alcoólicas entre os alunos do 12º ano de escolaridade do concelho de Estremoz. In C. Albuquerque (Coord.). *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: perspetivas e realidades* (pp. 45-55). Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Cabral, L. (2004). *Alcoolismo juvenil*. *Millenium*, 30, 172-186. Retirado de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/14.pdf>.

Cabral, L. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais praxes académicas* (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Recuperado em 2012, outubro 31, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7207/2/Doutoramento%20Lidia%20do%20Rosrio%20Cabral%20Agosto2007.pdf>.

Capaldi, D., Stoolmiller, M., Kim, H., & Yoerger, K. (2009). Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: Two-part random effects prediction models. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 105, 109-117.

De Bruyne, P., Herman, J., & De Schoutheete, M. (1984). *Dynamique de la recherche en sciences sociales*. Vendôme: Presses Universitaires de France.

Dillon, P. (2010). *Adolescentes, álcool y drogas*. Barcelona: Ediciones Medici.



Bonito, J., & Boné, M., (2016). A abstinência e o consumo de álcool entre escolares: a influência das esferas pessoal, familiar e socio-cultural. *Millenium*, 2(ed espec nº1), 107-120.

Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista Toxicodependências*, 16(1), 29-46.

Feijão, F. (2011). Inquérito nacional em meio escolar. *Dependências*, 8-21. Retirado de http://www.dependencias.pt/ficheiros/noticias/1352139829Dep_Outubro.pdf.

Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas: ECATD/2011*. Retirado de http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/EC ATD_ESPAD_Portugal_16NovResultados.pdf.

Ferreira-Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodependência: Manual técnico 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Freyssinet-Dominjon, J., & Wagner, A. (2006). *Os estudantes e o álcool: Formas de beber na nova juventude estudantil*. Coimbra: Quarteto.

Gordo, J., Beltrán, P., Lillo, R., Lourenzo, B., & Lourenzo, S. (2012). La percepción del riesgo del consumo de drogas en los adolescentes de nuestro medio ambiente. *Revista ROL de Enfermería*, 35, 16-21.

Gaudet, E. (2006). *Drogas e adolescência: Respostas às dúvidas dos pais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Heath, D. (2000). *Drinking occasions: Comparative perspectives on alcohol and culture*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Hibell, B. (2013). *The 2012 ESPAD impact survey*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2009). The 2007 ESPAD report substance use among students in 35 european countries. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN) and the authors. http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf.

IDT – Instituto da Drogas e da Toxicodependência (2010). *Substâncias: Álcool*. Retirado de <http://www.idt.pt/PT/Substancias/Alcool/Paginas/Historico.aspx>.

Lalanda, P. (1998). *Análise Social*, XXXIII(148), 871-883.

Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., & Dias, S. (2001). *Os jovens portugueses e o álcool*, 7, 1. Retirado de <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/alcool.pdf>.

Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Tomé, G., Ferreira, M., Ramiro, L. et al. (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Edições FMH.

Muisener, P. (1994). Understanding and treating adolescent substance abuse. London: SAGE Publications.

Orlikowski, W. (1993). CASE tools as organizational change: investigating incremental and radical changes in systems development. *Management Information Systems Quarterly*, 17(3), 309-340.

Pinsky, I. (2009). Publicidade de bebidas alcoólicas e os jovens. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro.

Sieving, R., Perry, C., & Williams, C. (2000). Do friendships change behaviors, or do behaviors change friendships? Examining paths of influence in young adolescents' alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 27-35.

Stake, R. (1994). Case studies. In Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed.) (pp. 236-247). London: Sage Publications.

Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., & Vettenburg, N. (2013). Alcohol use among adolescents in Europe: Environmental research and preventive actions. Utrecht: Verwey-Jonker Institut. Retirado de http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/2708_Alcohol-use-Among- Adolescents-in-Europe.pdf.

Swisher, J., & Hu, T. (1983). Alternatives to drug abuse: Some are some are not. *National Institute on Drug Abuse: Research Monograph Series*, 47, 141-153.

Trindade, I., & Correia, R. (1999). Adolescentes e álcool: Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 3(17), 591-598.

Vinagre, M., & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: Experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), 73-81.

Millenium, 2(ed espec nº1), 123-130.

A AUTOMEDICAÇÃO NOS ALUNOS DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

SELF-MEDICATION ON THE STUDENTS IN HEALTH SCHOOL FROM POLYTECHNIC INSTITUTE OF BRAGANÇA

AUTOMEDICACIÓN EN ESTUDIANTES DE LA ESCOLA SUPERIOR DE LA SALUD EN EL INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA

*Cristiana Castro
Joana Martins
José Nunes
Filomena Sousa
Celeste Antão*

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

RESUMO

Introdução: a automedicação é um fenómeno mais ou menos frequente e usado há muitos anos e a sua incidência e distribuição é relatada por organizações de saúde. Na opinião de Medeiros (2011) esta prática consiste no consumo de medicamentos com o objetivo de tratar e aliviar sintomas de doença bem como promover a saúde sem recurso à prescrição médica.

Métodos: trata-se de um estudo quantitativo, observacional descriptivo e transversal. Foi usado um questionário construído para o efeito.

Objetivo: Avaliar se a automedicação é uma prática usada pelos estudantes da Escola Superior de Saúde (ESSa) do Instituto Politécnico de Bragança e identificar ainda os motivos que levam a esta prática. A amostra foi constituída por 219 estudantes da ESSa. Para a análise dos dados utilizou-se o programa excel.

Resultados: a prevalência da automedicação foi de 98%. Os medicamentos mais usados, analgésicos e antipiréticos com respostas de 86%. A razão mais apontada para o recurso a prática da automedicação foi um “problema de saúde ligeiro” (79,5). Foi considerada uma prática de risco por 77% dos estudantes.

Conclusões: a automedicação é uma prática evidente nos alunos ESSa. Estes resultados revelam alguma contradição e preocupação na medida em que apesar dos estudantes reconhecerem ser uma prática arriscada ela é praticada por muitos dos inquiridos.

Palavras-chaves: Automedicação; Saúde; Estudantes; Medicamentos; Ensino superior

ABSTRACT

Introduction: the self-medication is a phenomenon more and more frequent and used for several years already, and its incidence and distribution are related with the organization and health. Following Medeiros thoughts (2011), this practice consists in the consumption of a medicine with the purpose of treating or relieving the symptoms and diseases or even promote self health, without using a professional prescription.

Methods: with this study, we intend to find the self-medication practice incidence on the students in the School of Health of Polytechnic Institute of Bragança (ESSa).

Objective: identify the motives that lead these students to resort to this methods and identify the most used medications. It's a transversal descriptive, observational and quantitative study. To obtain the best results it was applied a questionnaire built for that purpose. The statistics analyses was made using Excel program. Our sample has 219 students of the School of Health from Polytechnic Institute of Bragança. **Results:** the self-medication prevalence was 98%. The most used medicines was the analgesics and antipyretics with 86%. The most prevalent reason for the use of self-medication was the thought that the disease was a “minor health issue”(79,5%). It was also considered a risky practice by 77% of the students.

Conclusions: the self-medication is an evident practice on the ESSa students.

Keywords: Self-medication; Health; Students; Medicines; Higher education

RESUMEN

Introducción: la automedicación es un fenómeno más o menos frecuente y usado durante muchos años, su incidencia y distribución es liberada por organizaciones de salud. Para Medeiros (2011), esta práctica consiste en el uso de medicamentos para tratar y aliviar los síntomas de la enfermedad así como la promoción de la salud sin recurrir a la prescripción médica.

Métodos: Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, y transversal. Se utilizó un cuestionario construido para ese propósito.

Objetivo: saber si la automedicación es una práctica utilizada por los estudiantes de la Escuela Superior de Salud (ESSa) del Instituto Politécnico de Bragança e identificar las razones que llevan a esta práctica. La muestra consistió en 219 estudiantes. Para el análisis de los datos fue utilizado el programa excel.

Resultados: La prevalencia de la automedicación fue del 98%. Los medicamentos más utilizados fueron los analgésicos y los antipiréticos con respuesta del 86%. La razón más citada para el uso de la práctica de automedicación fue un “problema de salud menores”(79,5). Es considerada una práctica de riesgo por el 77% de los estudiantes.

Conclusiones: la automedicación es evidente en los estudiantes de la ESSa. Estos resultados revelan alguna contradicción y preocupación en la medida en que a pesar de los estudiantes reconocen una práctica riesgosa que es practicada por muchos de los encuestados.

Palabras Clave: automedicación; salud; estudiantes; medicamentos; educación superior



INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Estatística – INE (2005) cita a prática da automedicação como um processo que, por vezes, deveria ser enquadrado no conceito de autocuidado. É um procedimento que se torna útil nas situações patológicas menores, que não exigem o recurso a cuidados médicos, bem como situações patológicas crónicas como a diabetes ou asma. O INE considera que esta prática está relacionada com sintomas e não com patologias e que, o período para o qual se considera a automedicação como adequada, não deve exceder 3-7 dias.

Ao longo do nosso percurso académico através de conversas informais, fomos apercebendo que a automedicação era uma realidade nos estudantes do Ensino Superior. Esta constatação suscitou em nós alguma curiosidade que nos motivou a investigar qual a realidade da nossa escola dada a inexistência de estudos nesta temática. Uma outra razão para esta investigação considerou-se o defendido por Santos (2014), que dificuldade do acesso a serviços de saúde e o aumento do custo dos medicamentos favorece a procura por formas alternativas de tratamento que aumentam a incidência da automedicação questões essas que confirmam a importância de novos estudos sobre a automedicação. O INE (2005) apontava já como determinantes o recurso do elevado desta prática o baixo nível de disponibilidade da assistência médica à população assim como o baixo rendimento sociofamiliar.

Verificar se a automedicação é uma prática usada pelos estudantes da ESSa do Instituto Politécnico de Bragança e identificar os motivos que levam a esta prática são objetivos desta investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Automedicação, Benefícios, Riscos e Justificações

A prática da automedicação não é recente. Tal como Medeiros (2011) refere é utilizado já há vários anos, e a sua ocorrência e distribuição estão relacionados com a organização do sistema de saúde de cada país. Para este autor, um bom estado de saúde rege-se principalmente com a ausência de doença, sendo um dever do homem procurar os meios para a prevenir e/ou tratar. Já Teixeira (1996) definia a automedicação como o ato onde um indivíduo, por iniciativa própria ou pela influência de alguém, opta por ingerir ou aplicar um medicamento com o objetivo de aliviar ou tratar algum tipo de dor ou até mesmo queixas que influenciam a normalidade da sua vida.

A literatura científica é unânime em considerar que o abuso da automedicação pode implicar riscos para a saúde: reações adversas, interrupção do tratamento, inadequação de posologia e intoxicação por doses elevadas são resultados negativos associados à medicação. O atraso do diagnóstico e a criação de multirresistências são ainda algumas complicações que podem surgir (Mastroianni et al, 2011 & Naves et al, 2013).

A OMS (2000), nas suas Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication, reconhece na automedicação potenciais benefícios: eficácia; confiabilidade e segurança- o indivíduo muitas vezes vai escolher um produto que a experiência tem demonstrado ser adequado. O âmbito e a duração da automedicação podem ser mantidos dentro de limites seguros pela seleção apropriada das indicações aprovadas, textos de rotulagem, pontos fortes da dosagem e formas e tamanhos das embalagens; maior disponibilidade de medicamentos; permite ao utilizador ter um papel ativo nos seus próprios cuidados de saúde; aliviar sintomas menores; maior economia desde que consultas médicas sejam reduzidas ou evitadas. Por último, a nível comunitário também pode fornecer benefícios como rentabilizar recursos médicos escassos a ser desperdiçado em condições menores, reduzindo os custos dos programas de saúde financiados pela comunidade (incluindo sistemas de reembolso de prescrição) bem como reduzir o absentismo no trabalho devido a sintomas menores.

A automedicação tem no entanto e de acordo com a mesma organização um grande número de riscos potenciais. O utilizador, geralmente não têm nenhum conhecimento especializado dos princípios de farmacologia ou terapia, ou as características específicas do medicamento usado, resultando muitas vezes um autodiagnóstico incorreto. A escolha incorreta da terapia; incapacidade de reconhecer riscos farmacológicos especiais; graves efeitos adversos com Incapacidade de reconhecer, dosagem excessiva ou inadequada; uso excessivamente prolongado, risco de dependência e interações são também riscos potenciais a considerar.

O recurso à prática da automedicação é uma opção individual e está associada a uma relação de risco como atrás referido. Na perspetiva de Diez e Albaladejo (2002) está associada ainda ao aumento da autonomia, exagero no consumismo em todas as áreas e na participação ativa no auto autocuidado no que se refere à saúde. Para estes autores, existem ainda outras razões que têm contribuído para o aumento da automedicação nos últimos anos: perderem a confiança nos profissionais de saúde; dificuldades financeiras que as famílias atravessam, conducentes à contenção de despesas; acesso à consulta médica cada vez mais morosa e dispendiosa; facilidade de informação e consequentemente mais conhecimentos em relação a esta prática; aumento da publicidade direta e indireta nos meios de comunicação social.



2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal, pois os dados foram recolhidos num único momento. As questões norteadoras desta investigação foram:

“Será que os alunos da Escola Superior de Saúde de Bragança recorrem à automedicação?”

“Qual a prevalência quanto à prática da automedicação nos alunos da Escola Superior de Saúde de Bragança?”

“Quais os principais motivos que levam os estudantes da Escola Superior de Saúde de Bragança a recorrerem à automedicação?”

2.1 Amostra

Para selecionar a amostra será utilizado neste estudo um método de amostragem probabilística aleatória simples tendo o subconjunto de indivíduos sido escolhidos completamente ao acaso a partir da população em estudo.

Para a realização deste estudo foi selecionada uma amostra constituída por 219 alunos a frequentar cursos da Escola Superior de Saúde de Bragança. A amostra deste estudo incluiu 194 estudantes do sexo feminino e 25 do sexo masculino distribuídos pelos seguintes cursos: Ciências Biomédicas e Laboratoriais - 36, Dietética e Nutrição - 26, Enfermagem - 99, Gerontologia -33 e 22 estudantes a frequentar o curso de Farmácia.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta as características da amostra e os objetivos em estudo optou-se por um questionário, previamente elaborado para o efeito. Incluiu treze questões de resposta fechada e duas perguntas de resposta aberta e com linguagem apropriada às características da amostra. Integra questões sociodemográficas (género, idade, ano de escolaridade) e ainda aspectos que caracterizam o comportamento dos alunos face à automedicação. A aplicação realizou-se nos dias 18 e 19 de maio de 2016.

A validação do instrumento efetuou-se com um pré-teste aplicado a dez alunos do 2º ano do Curso Superior de Enfermagem de Viana do Castelo a realizar estágio no Hospital de S. João - Porto. Não houve dificuldade no seu preenchimento/compreensão pelo que não houve necessidade de reformular questões.

2.3 Critérios de Inclusão

O critério de inclusão foi que os inquiridos fossem alunos de cursos de licenciatura da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

2.4 Procedimentos

No cumprimento dos princípios éticos foi solicitada autorização escrita à diretora da Escola com posterior autorização da mesma

Os estudantes responderam de forma voluntária, devidamente informados de que os dados obtidos são de caráter anónimo e confidencial e não serão usados outros fins.

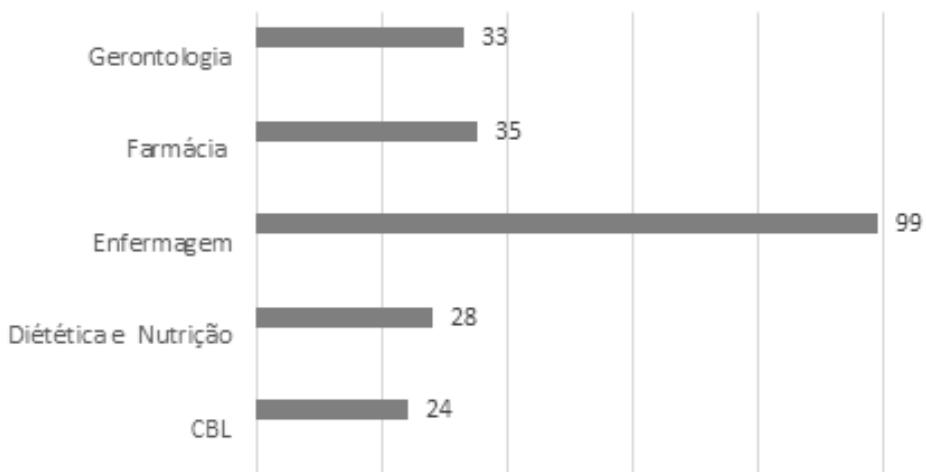
3. RESULTADOS

A amostra em estudo é constituída por 219 alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sendo 194 do sexo feminino e 25 do sexo masculino.

Em relação à distribuição pelos diferentes cursos (gráfico 1), verifica-se que o curso de enfermagem é o que tem maior representatividade (99 estudantes)

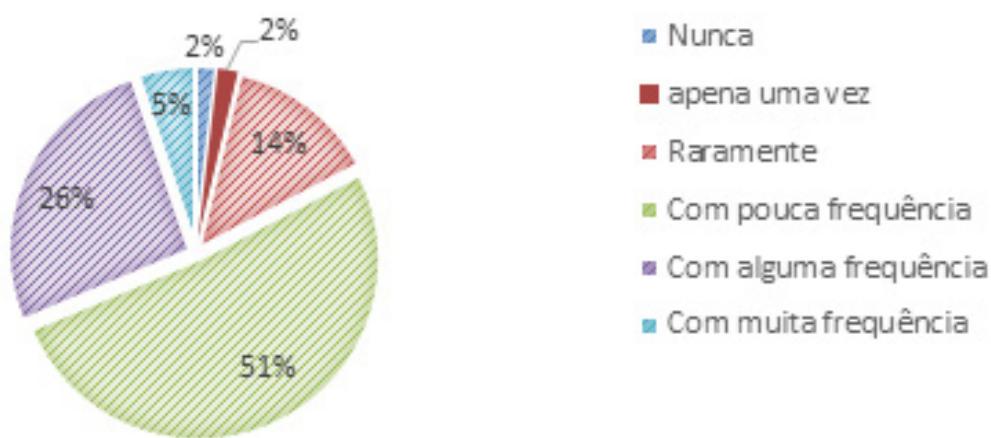


Gráfico 1- Distribuição da amostra segundo o curso que frequenta



Verificou-se que 98% dos inquiridos recorreram à utomedicação. 51% afirmou recorrer à automedicação com pouca frequência e 2% nunca recorreu a esta prática (gráfico 2).

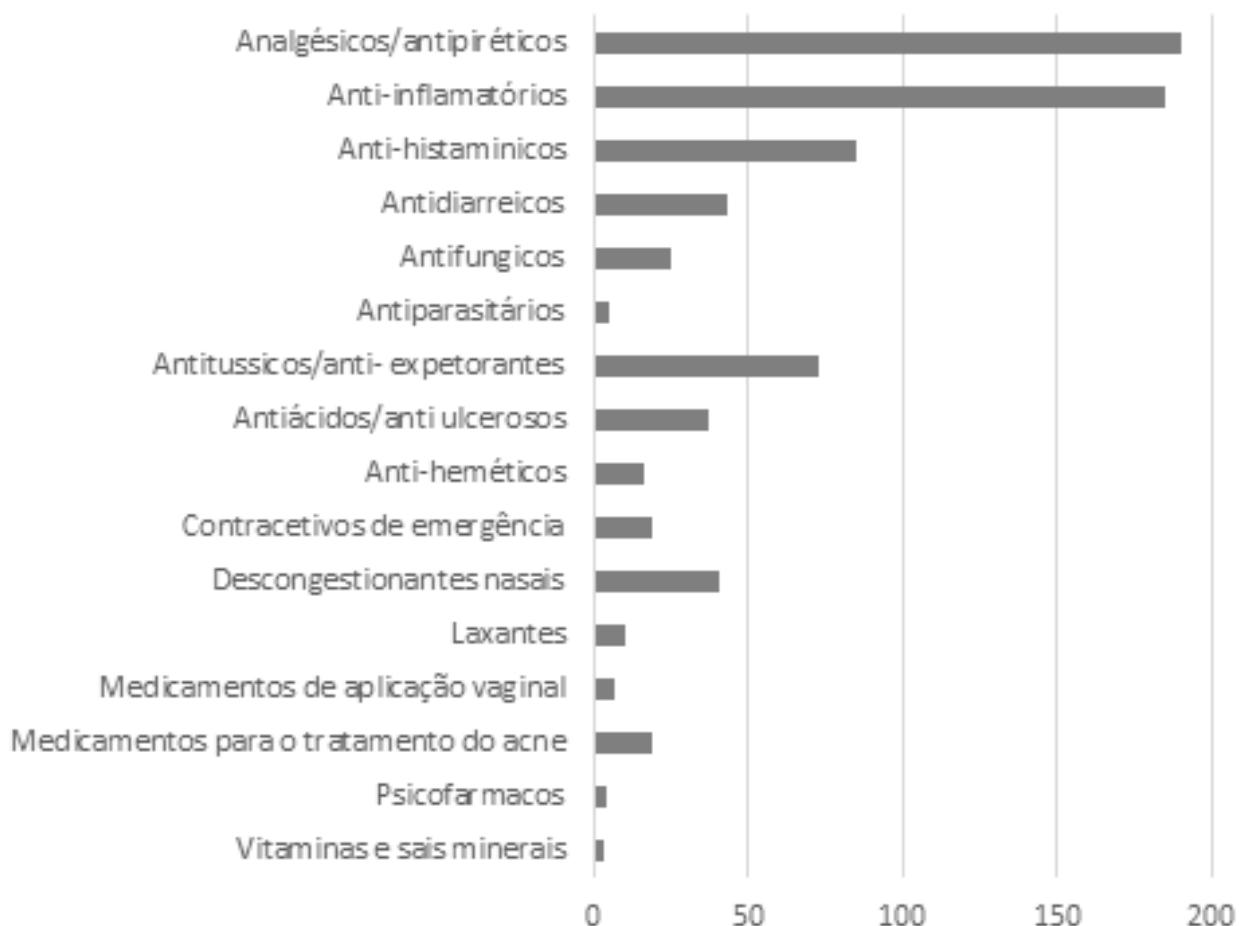
Gráfico 2: Distribuição percentual dos estudantes quanto à frequência com que recorrem à automedicação



Dos medicamentos utilizados pelos alunos em relação à prática da automedicação constatamos que os medicamentos mais usados aos analgésicos ou antipiréticos (88%), os anti-inflamatórios (86%), anti-histamínicos (40%) e os antitússicos/expetorantes (34%); os menos utilizados foram os contraceptivos de emergência (9%), os antieméticos (7%), os laxantes (5%), medicação de aplicação tópica vaginal (3%) e, por fim, 2% dos estudantes recorrem a psicofármacos e a antiparasitários.



Gráfico 3: Distribuição numérica referente ao tipo de medicação utilizada pelos inquiridos



No quadro 1 verifica-se que os alunos de enfermagem são os que mais (46,1%) recorrem à auto-medicação seguindo-se os alunos de farmácia com 16,3%.

Quadro 1: Distribuição dos estudantes que recorreram à automedicação segundo os cursos que frequentam

Curso	Recorreu	Percentagem
Ciência Biomédicas e Laboratoriais	22	10,2
Dietética e Nutrição	26	12,1
Enfermagem	99	46,1
Gerontologia	33	15,3
Farmácia	35	16,3
Total	215	100,00

Relativamente aos motivos que levaram os estudantes a recorrer à automedicação podemos verificar no quadro 2, dos que responderam que recorreram (215 estudantes), o motivo que mais se evidencia é “terem um problema de saúde ligeiro”, obtendo uma percentagem de 79,5%. Verifica-se ainda que 9% utilizaram medicação induzidos pela publicidade medicamentosa.



Quadro 2 : Distribuição dos motivos que levaram os estudantes a recorrerem à automedicação

Motivo	Frequência	Percentagem
Redução de custos	24	11,4
Poupança de tempo	54	25,7
Problema de saúde ligeiro	167	79,5
Confiam na opinião dos farmacêuticos	54	25,7
Doença crónica	21	10
Pensam ter conhecimento para o fazer	41	19,5
Publicidade medicamentosa	19	9

Quisemos saber ainda durante quanto tempo, em média, os inquiridos utilizam o mesmo medicamento e as respostas obtidas foram que 51% dos estudantes apenas utilizam a mesma medicação, durante 1 a 2 dias, 7% referiu que, em média, utiliza o mesmo medicamento durante 5 dias ou mais especificando mesmo “até os sintomas aliviarem”. O estudo revelou que 43% foram influenciados por um profissional de saúde e recorreram por iniciativa própria; 27% seguiu-se por prescrições anteriores; outros alunos foram influenciados por um familiar/amigo (23%) e 2% foi dominado pela publicidade.

Estes dados são um pouco díspares do encontrado por Ribeiro et al (2010) onde os familiares foram quem mais influenciou os jovens no processo de compra de medicamentos (51,6%).

Outro resultado interessante revela que 21% dos inquiridos consideraram a automedicação como uma prática segura para a sua saúde e 77% afirmaram que não é uma boa prática a seguir.

4. DISCUSSÃO

A prevalência da automedicação nos alunos da ESSa do IPB, foi bastante elevado (98%). Comparando este valor com um estudo de Amaral et al (2014) em que um dos objetivos do estudo era estimar a prevalência da automedicação em jovens e adultos da região centro de Portugal que obteve (85,7%) é bastante superior. Tendo presente outro estudo de Ribeiro (2010) também com jovens do Instituto Politécnico de Bragança, a prevalência de automedicação era de 90,7%, inferior aos achados neste estudo.

Quanto aos medicamentos utilizados na prática da automedicação os resultados encontrados nesta investigação são corroborados pelo estudo de Amaral et al (2014) sendo os analgésicos e os anti-inflamatórios os mais referenciados. Já num estudo de Ribeiro (2010) no mesmo Instituto mas envolvendo outras escolas, cerca de 81,8% de inquiridos consumiam paracetamol 72,9% ibuprofeno que são respetivamente analgésico e anti-inflamatório.

A prática da automedicação irrefletida pode implicar atraso do diagnóstico, criação de multirresistências (Mastroianni et al, 2011 & Naves et al, 2013). No presente estudo, é de salientar que ninguém assumiu fazer antibioterapia por iniciativa própria no entanto achados de Ribeiro (2010) dizem-nos 7,1% dos indivíduos referiram automedicar-se com antibióticos. Estes riscos são também corroborados pela Organização Mundial de Saúde na medida em que o utilizador, geralmente não têm nenhum conhecimento especializado dos princípios de farmacologia, terapia, ou as características específicas do medicamento usado.

Um resultado que nos parece preocupante é 19 respostas (9%), terem incidido na contraceção de emergência. Este dado é preocupante na medida em que o planeamento familiar é gratuito e acessível a qualquer cidadão mesmo não dispondo de médico de família.

O facto da prática da automedicação estar associado ao sexo feminino não é surpreendente pois a amostra é predominantemente feminina, no entanto já um estudo realizado com uma amostra de 225 estudantes do Instituto Politécnico de Bragança, com média de idades de $21,96 \pm 2,9$ anos, revelou também ser o género feminino o que mais recorria à automedicação (71,6%).

Há um reconhecimento geral, que o autocuidado e a automedicação fazendo parte dele é sem dúvida, o principal recurso de qualquer sistema de saúde. As pessoas já se habituaram a gerir os sinais e sintomas sem consultar um médico, enfermeiro ou farmacêutico. No entanto a OMS salienta que o farmacêutico pode desempenhar um papel chave em ajudar as pessoas a fazerem escolhas informadas sobre autocuidado e em fornecer e interpretar as informações disponíveis.

Neste estudo verificou-se ainda que a razão que esteve na base da decisão desta prática foi “um problema de saúde ligeiro” com 78% de respostas. Estes resultados poderão ser justificados pelo facto de se tratar de uma população estudantil, longe do seu agregado familiar e como tal também longe do seu médico de família.



CONCLUSÕES

Observou-se que a automedicação é bastante comum nesta população. Tendo em conta os valores percentuais obtidos, também parece haver evidências que mostram a diferença desta prática nos diferentes cursos de licenciatura.

Sendo uma escola de saúde, nomeadamente a formar profissionais para a prestação de cuidados realçamos o defendido por Ribeiro et al (2010) que a educação para a saúde é fundamental para a consciencialização e capacitação dos indivíduos sobre os riscos que a automedicação acarreta, bem como sobre a prática duma automedicação responsável.

Tendo em conta que estes jovens, futuros profissionais de saúde e agentes promotores de saúde, é importante que eles próprios coloquem em prática comportamentos de saúde e minimizem os comportamentos de risco.

Seria importante dar continuidade a este estudo ampliando a amostra a outras instituições do Ensino Superior de diferentes zonas do país, para assim poder comparar dados. Seria enriquecedor se os estudos fossem longitudinais.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a registrar

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os estudantes que se disponibilizaram em participar neste estudo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, O., Lages, A., Sousa, L., Almeida, L., Santos, J., Dias, M., ... Pereira, C. (2014). Automedicação em jovens e adultos da região Centro de Portugal. *Millenium*, 47, 97-109.

Diez, J. E., & Albaladejo, M. (2002). *Principios de farmacología clínica: Bases científicas de la utilización de medicamento*. Barcelona: Masson.

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE. Acedido em http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

Mastroianni, P. C., Lucchetta, R. C., Sarra, J. R., & Galduróz, J. C. F. (2011). Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(5), 358-364. Acedido em <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n5/a09v29n5.pdf>

Medeiros, R. A., Pereira, V. G., & Medeiros, S. M. (2011). Vigilância em saúde na enfermagem: O caso das medicações sem prescrição em crianças. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(2), 233-237. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a03.pdf>

Naves, J. O. S., Castro, L. L. C., Carvalho, C. M. S., & Hamann, E. M. (2010). Automedicação: Uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciencia Saúde Coletiva*, 15(1), 751-762.

Ribeiro, M., Oliveira, A., Silva, H., Mendes, M., Almeida, M., & Silva, T. (2010). Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 41-48.

Teixeira, F. (1996). A prática da automedicação. *Formação Terapêutica*, 71, 2-7.

OMS (2000). Guidelines for the Regulatory Assessment of Medicinal Products for Use in Self-Medication, disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2218e/1.1.html>

World Health Organization. (2000). *Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication*. Geneva: WHO. Acedido em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>

Millenium, 2(ed espec nº1), 133-142.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: PREDITORES DE ADESÃO

EDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM FOR UNIVERSITY STUDENTS: ACCESSION PREDICTORS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: PREDICTORES DE ADHESIÓN

Aliete Cunha^{1,2,3,4,5}

*José Cunha*⁶

Ilda Cardoso^{3,4,7}

Fernanda Daniel^{4,7,8}

Salvador Cardoso^{3,4}

João Pita^{1,4,9}

¹CEIS 20 da UC, Portugal

²College of Nursing of Coimbra, Portugal

³Faculty of Medicine, Coimbra, Portugal

⁴University of Coimbra, Portugal

⁵ACeS Baixo Mondego - UCC Celas, Portugal

⁶Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, Portugal

⁷Instituto Superior Miguel Torga, Portugal

⁸Centre for Health Studies and Research, Coimbra, Portugal

⁹Faculty of Pharmacy, Coimbra, Portugal



RESUMO

Introdução: A literatura refere que os estudos longitudinais, em que a participação não é obrigatória e o participante não tem benefício imediato, estão sujeitos a falhas de adesão.

Objetivo: Analisar os preditores de adesão a um programa de intervenção para redução do risco de infecção VIH. Os critérios de inclusão foram ser aluno do 1º ano da Universidade de Coimbra, dos 18 aos 24 anos. Foi aplicado um questionário com indicadores da ONUSIDA.

Métodos: O estudo, quantitativo, incluiu dois momentos: no primeiro, participaram 551 jovens, que aceitaram preencher o questionário e participar; no segundo, sinalizaram-se os inquiridos e os que aderiram ao programa. Os respondentes tinham uma média de idades de 18 anos (DP = 1.06), 76.2% eram do sexo feminino, 63% da área da saúde e 69.2% já tinham atividade sexual.

Resultados: O modelo apresenta dez variáveis independentes: idade, sexo, percepção do risco, área científica, início da vida sexual, número parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos doze meses, conhecimentos sobre transmissão e prevenção do VIH. Quatro variáveis independentes apresentam uma contribuição estatisticamente significativa: percepção do risco, área científica dos estudos, início da vida sexual e parceiros sexuais nos últimos doze meses. O maior preditor de adesão é a idade de iniciação sexual, com um odds ratio de 3,63 (OR = 3.63; IC 95% 1.27 - 8.91), indicando que os alunos que iniciaram a vida sexual apresentam três vezes mais probabilidade de aderir a um programa de intervenção educativa. Os odds ratio de 1,98 (OR = 1.98; IC 95% 1.27 - 2.87) e 1.784 (OR = 1.78; IC 95% 1.04 - 3.07) indicam que os alunos da área saúde e com maior percepção de risco têm cerca de duas vezes mais probabilidade de aderir. A variável “parceiros sexuais nos últimos 12 meses” é igualmente uma variável preditora da adesão e indica-nos que os abstinentes apresentam 0.32 vezes mais probabilidade de aderir (OR = 0.32; IC 95% 0.12 - 0.81).

Conclusões: Este estudo indica que as campanhas de informação, sensibilização e prevenção não oferecem um modelo eficaz de sensibilização para a percepção de problemas e riscos para os estudantes que não seguem cursos de saúde.

Palavras-chaves: Preditores de Adesão; Programas de Intervenção Educativa; VIH Prevenção Primária; Jovens Universitários; Odds Ratio

ABSTRACT

Introduction: Literature largely suggests that longitudinal studies where participation is not mandatory and participants have no immediate benefits are usually subject to compliance failures.

Methods: We looked at the predictors of adherence to an intervention program in reducing the risk of HIV infection. Inclusion criteria included being a 1st-year-student of the University of Coimbra and 18 to 24 years old. A questionnaire with indicators of UNAIDS was employed.

The quantitative study included two stages: in the first one 551 youths agreed to complete the questionnaire and participate; in the second stage the survey respondents and those who joined the programme were signaled. Respondents were 18 years old (SD = 1.09), 76.2 % female, 63% were Health Sciences students and 69.2 % sexually active.

Results: The model features ten independent variables (age, sex, perception of risk, scientific area, time of first sexual intercourse, number of sexual partners over the lifetime and in the last twelve months, knowledge of transmission and prevention). Four independent variables had a statistically significant contribution (perception of risk, scientific area, early sex life and number of sexual partners in the last twelve months). The best adherence predictor was the age of sexual initiation, with odds of 3.63 (OR = 3.63; 95% CI 1.27 - 8.91), indicating that students who began their sexual life are three times more likely to join a program. The odds ratios of 1.98 (OR = 1.98; 95% CI 1.27 - 2.87) and 1.784 (OR = 1.78; 95% CI 1:04 to 3:07) indicate that students health and greater risk perception are about twice as likely to join. The variable “sexual partners in the last 12 months” is also a predictor of adherence and tells us that the abstinent have 0.32 times more likely to join (OR = 0.32; 95% CI 0:12 - 0.81).

Conclusions: It seems to indicate that the information campaigns, awareness and prevention do not offer an effective model of awareness of the problem and risk perception to students that do not follow courses in health.

Keywords: Predictors; Programmes; HIV; Students; Odds Ratio

RESUMEN

Introducción: La literatura indica que los estudios longitudinales, donde la participación no es obligatoria y el participante no tiene ningún beneficio inmediato, está sujeto a fallos de adhesión.

Objetivo: Nos fijamos en los predictores de la adhesión a un programa de intervención para reducir el riesgo de infección por el VIH. Los criterios de inclusión fueron ser un estudiante del primer año de la Universidad de Coimbra, entre los 18 y los 24 años. Se aplicó un cuestionario con indicadores de la ONUSIDA.

Métodos: El estudio, cuantitativo, incluyó dos momentos: en el primer momento, 551 jóvenes que accedieron a completar el cuestionario y participar; en el segundo, se sinalizaron los encuestados y los que se unieron al programa. Los encuestados tenían un promedio de edad de 18 años (DM = 1.06), el 76,2% eran mujeres, el 63% del área de Salud y 69,2% tenían ya actividad sexual.

Resultados: El modelo cuenta con 10 variables independientes: edad, sexo, percepción de riesgo, área científica de estudios, edad a la primera relación sexual, número de parejas sexuales durante toda la vida y en los últimos 12 meses, el conocimiento de la transmisión y prevención del VIH. Cuatro variables independientes tienen una contribución estadísticamente significativa: percepción de riesgo, área científica de estudios, edad de inicio de la vida sexual y parejas sexuales en los últimos 12 meses. El mayor predictor de adhesión es la edad de iniciación sexual, con una odds ratio de 3,63 (OR = 3,63; IC del 95%: 1,27 a 8,91), lo que indica que los alumnos que hayan comenzado ya su vida sexual tienen 3 veces más probabilidades de unirse a un programa de intervención educativa.



Los odds ratio de 1,98 (OR = 1,98; IC del 95% 1,27 a 2,87) y 1,784 (OR = 1,78; IC del 95% 1:04-3:07) indican que los estudiantes del área de la salud y que tienen más percepción de riesgo tienen aproximadamente 2 veces más probabilidad que se adhieran. La variable “parejas sexuales en los últimos 12 meses” es también un predictor de adhesión y nos dice que los abstinentes tienen 0,3 veces más probabilidades de unirse al programa (OR = 0,32; IC del 95% 0,12 hasta 0,81).

Conclusiones: Este estudio indica que las campañas de información, sensibilización y prevención no ofrecen un modelo eficaz de la conciencia del problema y la percepción del riesgo a los estudiantes de que no siguen cursos en la salud.

Palabras Clave: Predictores de adhesión; Programas de Intervención Educativa; Prevención Primaria del VIH; Estudiantes Universitarios; Odds Ratio

INTRODUÇÃO

De acordo com o Relatório Epidemiológico Anual de 2013 do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), o número total de novos casos de infecção por VIH estabilizou em cerca de 29 mil casos por ano (correspondendo a uma taxa de 5.7/100 000 habitantes), com 11% dos diagnósticos ocorrendo nas idades dos 15 aos 24 anos de idade, apesar de a epidemiologia nos grupos de risco diferir de uns países para os outros. Já na região Europeia da OMS a taxa de novas infecções era de 7.8/100 000 habitantes. Na UE/EEE as taxas mais elevadas registavam-se na Estónia (24.6), na Letónia (16.8) e em Portugal (10.4) (ECDC, 2014).

Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas incidências de infecção VIH no espaço da Europa Ocidental, apesar de estar a observar-se uma tendência de descida de novos casos, de 1941 em 2007 para 1518 em 2010 e 1220 em 2014 (Portugal, Direção-Geral da Saúde, 2012, 2015; Cunha-Oliveira et al., 2016). Dos 1220 casos, 876 eram do sexo masculino e 344 do sexo feminino, tendo diminuído relativamente ao ano anterior, o que tem vindo a acontecer desde 1999. Na faixa etária entre os 15 e 24 anos observaram-se 11.7% de todas as infecções reportadas (Diniz et al., 2015).

No último relatório, lançado em 2015 e referente ao período entre 2011 e 2014, verificou-se que no ano de 2014, no conjunto dos casos notificados, houve um aumento substancial de infecções sexualmente transmissíveis, nomeadamente as infecções gonocócicas e a sífilis, excluindo sífilis congénita, tendo sido reportados 206 casos de gonorreia (mais 90 casos que no ano anterior) e 367 casos de sífilis (mais 181 casos do que no ano de 2013). Na faixa etária entre os 15 e os 24 anos observaram-se 33.5% dos casos relatados de gonorreia e 21% dos casos de sífilis. Ambas as infecções afetaram mais homens que mulheres e verificou-se a ocorrência em pessoas cada vez mais jovens (Portugal, Direção-Geral da Saúde, 2015).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

DETERMINANTES DA PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

As intervenções baseadas em programas de intervenção educativa são muito utilizadas na promoção de estilos de vida saudáveis, no entanto, pouco se sabe não só sobre os perfis dos sujeitos que aderem, como também dos sujeitos que revelam atrito à adesão a programas de intervenção educativa (serão os sujeitos que apresentam maiores níveis informacionais aqueles que mais aderem? ou serão, pelo contrário, os sujeitos com maiores níveis informacionais que apresentam maior atrito de adesão?). A literatura reporta que os estudos longitudinais, em que a participação não é obrigatória e os benefícios para o participante não são imediatos, estão sujeitos a falhas de adesão. No entanto, o “abandono de atrito”, o atrito de adesão e o atrito de participação são ameaça para a validade, pois podem indicar um viés de seleção.

Segundo Massano Cardoso podem surgir múltiplas distorções, tais como a seleção, o convite e os métodos utilizados. A diversidade inerente à não representatividade dos sujeitos pode gerar vieses. O mesmo autor refere ainda que “quando solicitamos a uma comunidade a sua participação num determinado estudo, sabemos de antemão que vamos ter um conjunto de indivíduos que aceitam com naturalidade e até com algum espírito de colaboração a sua inclusão” (2004, p.784). Estamos perante um processo de enviesamento, que resulta do voluntarismo individual. Este voluntarismo “muito provavelmente determina um sem número de características que tornam os voluntários diferentes daqueles que não participam, nomeadamente comportamentos socioculturais que podem ser essenciais na análise do estudo” (Massano Cardoso, 2004, p.784):

Estas questões são importantes para a interpretação da eficácia dos resultados de estudos experimentais. Para optimizar a eficácia é importante que os investigadores conheçam à partida as características dos sujeitos e os preditores de adesão.

Embora haja uma tendência por parte das revistas científicas a não aprovarem a publicação de investigações com baixas taxas de adesão, a verdade é que os dados sobre a adesão, independentemente de se tratar de uma adesão alta ou baixa, nos fornecem pistas para a compreensão do fenómeno na sua globalidade.

Como acontece com qualquer intervenção de promoção da saúde, os estudos baseados em programas de promoção de saúde



não conduzem a grandes mudanças de comportamento. Tem-se dito que as intervenções de promoção de estilos de vida saudável tendem a alcançar aqueles que menos precisam delas (Koelen & Van den Ban, 2004). Por razões éticas e práticas, muitas vezes não há informações disponíveis sobre as pessoas que decidem não participar (Sirard, Pfeiffer & Pate, 2006). Sabe-se que as pessoas que mais procuram informações sobre saúde já estão habitualmente mais orientadas para a saúde do que as pessoas que não as procuram (Dutta-Bergman, 2006) e, ao mesmo tempo, tendem também a ter opiniões assentes sobre saúde e a envolver-se em atividades saudáveis. Verheijden et al. mostraram que os participantes num programa de aconselhamento em nutrição constituíam já, à partida, uma amostra relativamente bem-educada e saudável do público-alvo (Verheijden et al., 2004). Assim, torna-se claro que é necessário envidar todos os esforços no sentido de minimizar o fenómeno de inscrição seletiva em programas de promoção da saúde.¹

2. MÉTODOS

Estudo longitudinal de desenho observacional analítico. O estudo, de natureza quantitativa, apresenta dois momentos de avaliação: participaram no primeiro momento 551 jovens universitários, que se disponibilizaram a preencher um inquérito por questionário e a participar numa fase subsequente num programa de intervenção educativa para redução de risco de infecção por VIH; no segundo momento sinalizaram-se os jovens universitários que tinham sido inquiridos na linha base e que aderiram efetivamente ao programa de intervenção educativa de prevenção de infecção pelo VIH, iniciando a formação. O período que mediou entre os dois momentos foi de cerca de um mês. Os respondentes inquiridos na linha base apresentam uma média de idades de 18 anos, eram maioritariamente do sexo feminino (76.2%) e da área científica Saúde (63%) e 69.2% tinham já iniciado a atividade sexual.

Objetivo: identificar os preditores de adesão dos jovens integrados em programas de intervenção educativa para prevenção da infecção VIH. A presente análise examina as características demográficas e comportamentais de uma amostra de jovens universitários inseridos num estudo longitudinal de risco comportamental para determinar que fatores podem predizer a adesão a um programa de formação.

2.1 Amostra

Numa amostra de 551 jovens a frequentar o ensino superior da região centro de Portugal. O recrutamento foi feito em sala de aula, tendo o investigador esclarecido os participantes sobre os objetivos e a metodologia da investigação. A participação ou não na pesquisa foi decidida por cada convidado. De forma a identificar possíveis vieses de seleção entre os que decidiram e os que decidiram não participar procedemos a uma análise prévia. Todos os alunos que aceitaram colaborar na investigação deram o seu consentimento informado por escrito. Foi solicitado o endereço eletrónico para ulteriores contactos com os estudantes a colaborarem na investigação.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Os construtos avaliados, tais como saúde sexual, comportamentos sexuais e conhecimentos sobre a infecção e prevenção estão de acordo com os indicadores de 2^a geração da UNAIDS. Foi utilizado um questionário de autopreenchimento, administrado em setting de aula. O instrumento previa a identificação de variáveis sociodemográficas, indicadores de saúde, curso académico, comportamento sexual (número de parceiros sexuais; uso de preservativo na última relação sexual; abstinência primária), percepção de risco individual; conhecimentos sobre VIH e participação anterior em programas de intervenção educativa.

2.3 Critérios de inclusão

serem alunos 1.º ano do Ensino Superior das Escolas de Coimbra (Universidade e Politécnico), com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos. Aos participantes foi oferecido como incentivo a atribuição de um diploma de participação no final da formação.

2.4 Procedimentos

Procedimento éticos: Autorização da comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; reitor da Universidade e diretores de Departamento ou Faculdade.

Análise estatística: O modelo de predição da adesão baseou-se nos indicadores e fatores de risco reconhecidos pela ONUSIDA, OMS e ECDC e nos indicadores de 2^a geração que comportam evidências para a infecção VIH. Para determinar eventuais diferenças



de adesão à intervenção, utilizámos os testes Qui-quadrado e t de Student. Sempre que se verificaram existir diferenças recorreu-se à análise de regressão logística. Utilizou-se com índice de ajustamento o odds-ratio (OR) e respetivo intervalo de confiança a 95% como critério de predição de adesão ao programa.

3. RESULTADOS

Segunda a Tabela 1 a percentagem de jovens que aderiram ao programa foi de 34.8% (n=192). A média das idades entre os 551 respondentes foi de 18.58 ± 1.061 . Segundo o teste t-Student para amostras independentes, não existem diferenças significativas nas idades médias dos que aderiram ($M = 18.54$, $DP = 0.909$) e dos que não aderiram à formação ($M = 18.6$, $DP = 1.134$); $t (549) = 0.629$, $p = 0.53$ (bilateral), sendo muito pequena a magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = 0.06, 95% IC: -0.13 a 0.25).

No que respeita à repartição dos inquiridos do sexo feminino e do sexo masculino pela formação (adesão vs. não adesão) verificámos através do teste de independência Qui-quadrado que existe associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e a adesão ao programa de formação, $\chi^2 (1, 551) = 4.106$, $p = 0.04$, $\phi = -0.086$. Esta associação também se verifica entre a área científica do curso dos respondentes (saúde vs. não saúde, em favor da área saúde) e a adesão à formação, $\chi^2 (1, 551) = 13.31$, $p = 0.00$, $\phi = 0.158$.

De acordo com a Tabela 1., verificamos que 88.2% dos jovens não tinham feito teste de VIH. A associação entre a realização de um teste de VIH e a adesão ao programa de formação revelou significado estatístico $\chi^2 (1, N=551) = 0.032$, $p = 0.85$, $\phi = -0.008$.

A percepção individual de risco é baixa (488 = 88.2%). A associação entre percepção de risco e a adesão ao programa de formação (adesão vs. não adesão) é uma associação estatisticamente significativa [$\chi^2 (1, N=550) = 5.301$, $p = 0.02$, $\phi = 0.098$].

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra e conhecimento sobre teste de VIH e percepção do risco

		Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas Amostra
		n	%	n	%	n	%	
Idade	Total	192	34.8	359	65.2	551	100	Mo: Não aderiu M = 18.58 Me = 18.00 Mo= 18.00 DP= 1.061
	18	126	2.9	247	4.8	373	67.7	
	19	40	7.3	60	10.9	100	18.1	
	20	19	3.4	25	4.5	44	8.0	
	21	5	0.9	13	2.4	18	3.3	
	22	2	0.2	8	1.5	9	1.6	
	23	0	0.2	3	0.5	3	0.5	
	24	1	0.2	3	0.5	4	0.7	
Sexo	Feminino	156	28.3	264	47.9	420	76.2	Mo: Feminino
	Masculino	36	6.5	95	17.2	131	23.8	
Área Científica	Saúde	141	25.6	206	37.4	347	63.0	Mo: Saúde
	Não saúde	51	9.3	153	27.8	204	37.0	
Fez teste de VIH	Não	170	30.7	316	57.4	486	88.2	Mo: Não fez teste
	Sim	22	4.0	43	7.8	65	11.8	
Percepção de risco	Baixo	161	29.3	324	58.9	485	88.2	Mo: Baixo
	Elevado	31	5.6	34	6.2	65	11.8	

Nota: M = Média; Me = Mediana; Mo = Moda; DP = desvio-padrão

De acordo com a Tabela 2, na sua maioria, os jovens já tinham iniciado a sua vida sexual (380 = 69.0%) quando questionados sobre o número de parceiros sexuais ao longo da vida, a moda estatística é 1 para ambos os grupos. Verificámos que não existe diferença significativa entre o número médio de parceiros sexuais dos que aderiram ($M = 1.22$, $DP = 1.699$) e dos que não aderiram à formação ($M = 1.49$, $DP = 1.955$); $t (539;578) = 1.679$, $p = 0.09$ (bilateral). A magnitude da diferença entre médias (diferença de



médias = 0.269, 95% IC= -0.049 a 0.584) é muito pequena. Quando comparamos os inquiridos que tinham tido relações sexuais nos últimos doze meses com os inquiridos que se encontravam em abstinência primária e secundária, verificamos que a maioria tinha parceiro sexual (360 = 65.3%). Porém, a associação desta variável com a adesão à formação não é estatisticamente significativa χ^2 (1, n=551) = 1.466, p = 0.22, phi = -0.052.

O sexo ocasional nos últimos doze meses verificou-se em 15.6% dos inquiridos (n=59). A associação entre a prática de sexo ocasional nos últimos doze meses e a adesão ao programa, χ^2 (1, n=379) = 0.934, p = 0.33, phi = -0.050) também não é estatisticamente significativa.

Para o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro fixo, verificamos que 68.1% afirmaram ter usado preservativo (n=246) e que não existe associação do uso do preservativo na última relação sexual com parceiro fixo e a adesão ao programa. Também não se verificou associação significativa entre o uso de preservativo na última relação com parceiro ocasional e a adesão ao programa, χ^2 (1, n=113) = 2.953, p = 0.08, phi = -0.162.

Quando questionados sobre se já tinham tido “relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas”, 11.6% afirmaram que sim. Verificou-se uma associação significativa entre as variáveis “relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas” e a adesão ao programa, no sentido de que quem não teve relações sexuais sob efeito de álcool ou outras substâncias aderiu mais à formação χ^2 (1, n=386) = 4.976, p = 0.02, phi = -0.114. Dos 64 respondentes que afirmaram ter tido relações sexuais sob o efeito de substâncias psicoativas, 48 (75.0%) referiram ter usado preservativo. Não existe associação significativa entre as varáveis “uso do preservativo em relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas” e a adesão ao programa, χ^2 (1, n=64) = 1.097, p = 0.29, phi = 0.131.

Tabela 2 - Caracterização dos comportamentos relativos à atividade sexual (comportamentos risco e protetores)

		Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas Amostra
		n	%	n	%	n	%	
Iniciação Sexual	Total	192	34.8	359	65.2	551	100	Mo: Sim
	Não	61	11.1	110	20	171	31	
	Sim	131	23.8	249	45.2	380	69	
Número de parceiros sexuais (lifetime)	0	61	11,1	110	20	171	31	M = 1.4
	1	85	15.4	134	24.3	219	40	Me = 1
	2	25	4.5	50	9.1	75	14	Mo = 1
	3	10	1.8	32	5.8	42	7.6	DP = 1.87
	> 4	11	2	33	6	44	8	
Parceiros sexuais nos últimos 12 meses	0	73	13.2	118	21,4	191	35	Mo: ≥1
	≥1	119	21.6	241	43.7	360	65	
Sexo com parceiro ocasional nos últimos 12 meses	Não	113	29.8	207	54.6	320	84	Mo: Não
	Sim	17	4.5	42	11	59	16	
Preservativo na última relação (parceiro fixo)	Não	41	10.9	79	21	120	32	Mo: Sim
	Sim	88	23.4	168	44.7	256	68	
Preservativo na última relação (parceiro ocasional)	Não	11	9.7	14	12.4	25	22	Mo: Sim
	Sim	23	20.4	65	57.5	88	78	
Relações sexuais sob o efeito de álcool e/ou outras substâncias psicoativas	Não	178	32.3	309	56.1	487	88	Mo: Não
	Sim	14	2.5	50	9.1	64	12	
Preservativo em relações sexuais sob efeito de álcool e/ou outras substâncias psicoativas	Não	2	3.1	14	21.9	16	25	Mo: Sim
	Sim	12	18.8	36	56.3	48	75	

M = Média; Me = Mediana; Mo = Moda; DP = desvio-padrão



A Tabela 3 é o resultado de agrupamentos conceptuais que perpassam três áreas de conhecimento sobre o VIH (transmissão, prevenção do VIH e ideias erradas sobre o VIH). Criámos a partir de quinze afirmações categorizadas em dicotomias (verdadeiro e falso) três variáveis compósitas sumativas para cada área. Relativamente às variáveis compósitas transmissão e prevenção do VIH, 64.2% responderam corretamente aos 5 itens sobre transmissão e 50%, respondeu corretamente aos itens de prevenção; já no que concerne às ideias erradas responderam corretamente aos 5 itens 36.7%. Não se verificaram contudo diferenças significativas nestas três variáveis compósitas consoante a adesão ao programa de formação. Senão vejamos as pontuações médias da variável transmissão nos que aderiram ($M=4.59$, $DP = 0.684$) e dos que não aderiram à formação ($M = 4.54$, $DP = 0.624$); $t (548) = -0.874$, $p = 0.38$ (bilateral). A magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = -0.052 , 95% IC: -0.16 a 0.06) é muito pequena. Na variável compósita prevenção, as pontuações médias dos que aderiram ($M= 4.35$, $DP=0.744$) e dos que não aderiram à formação ($M=4.36$, $DP= 0.746$); $t (546) = 0.152$, $p=0.87$ (bilateral) não se revelaram também estatisticamente significativas. A magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = 0.010 , 95% IC: -0.12 a 0.14) é muito pequena. Na variável compósita ideias erradas, que avalia mitos e falsos conceitos sobre o VIH, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias desta variável nos que aderiram ($M=4.28$, $DP= 0.650$) e dos que não aderiram à formação ($M =4.16$, $DP=0.755$); $t (548) = -1.938$, $p =0.053$ (bilateral). A magnitude da diferença entre médias (diferença de médias = -0.125 , 95% IC: -0.25 a 0.00) é muito pequena.

Tabela 3 - Conhecimentos sobre transmissão e prevenção do VIH/Sida

	Número de itens corretamente respondidos	Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas Amostra
		Fi	%	Fi	%	N	%	
TRANSMISSÃO (compósita)	2	192	34.8	359	65.2	551	100	$M = 4.56$ $Me = 5$ $Mo= 5$ $DP= 0.663$
	3	2	0.4	6	1.1	8	1.5	
	4	8	1.5	21	3.8	29	5.3	
	5	56	10.2	104	18.9	160	29.1	
PREVENÇÃO do VIH (compósita)	2	126	22.9	227	41.3	353	64.2	$M = 4.35$ $Me = 4.5$ $Mo= 5$ $DP= 0.747$
	3	3	0.5	6	1.1	9	1.6	
	4	22	4.0	41	7.5	63	11.5	
	5	72	13.1	130	23.7	202	36.9	
Ideias erradas sobre o VIH	2	94	17.2	180	32.8	274	50.0	$M = 4.2$ $Me = 4$ $Mo= 4$ $DP= 0.722$
	3	0	0.0	1	0.2	1	0.2	
	4	0	0.0	4	0.7	4	0.7	
	5	21	3.8	60	10.9	81	14.7	
	4	96	17.5	166	30.2	262	47.6	
	5	75	13.6	127	23.1	202	36.7	

Nota: M = Média; Me = Mediana; Mo = Moda; DP = desvio-padrão

No que diz respeito às questões relativas à exposição a mensagens de prevenção sobre o VIH (Tabela 4), verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de exposição e a adesão ou não à formação. Quando confrontamos as variáveis “intervenção educativa”, “mensagens através dos mídia” e “mensagens em outdoors” com a “adesão à formação”, verificamos que não existe relação estatisticamente significativa entre qualquer das três primeiras variáveis e a adesão [respetivamente, $\chi^2 (1, n=551) = 2.032$, $p = 0.15$, $\phi = 0.061$]; $\chi^2 (1, n=551) = 0.002$, $p = 0.96$, $\phi = 0.002$]; $\chi^2 (1, n=551) = 3.200$, $p = 0.07$, $\phi = 0.074$]. No entanto, no que respeita à memória da última mensagem preventiva sobre VIH, verificamos que a moda estatística é “não”. Verificamos igualmente que não existe diferença significativa quando analisamos a relação entre a memória da última mensagem preventiva sobre VIH e a adesão à formação: $\chi^2 (1, n=550) = 2.94$, $p = 0.58$, $\phi = 0.023$.

Foi efetuada uma regressão logística binária com o objetivo de avaliar se as variáveis independentes que selecionámos para entrar no modelo eram variáveis preditores da adesão a um programa de formação sobre a prevenção do VIH. O modelo apresenta 10 variáveis independentes (idade, sexo, percepção do risco, área científica (saúde versus não saúde), início da vida sexual (sim versus não), número de parceiros sexuais ao longo da vida, parceiros sexuais nos últimos 12 meses (abstinência secundária vs. parceiros),



conhecimentos sobre transmissão e prevenção e ideias erradas sobre o VIH. O modelo completo, contendo todos os preditores, foi estatisticamente significativo, $\chi^2 (5, n=546) = 30.588, p < 0.001$. O modelo explicou entre 5.4% (Cox e Snell R2) e 7.5% (Nagelkerke R2) da variação, e classificou corretamente 67% dos casos.

Tabela 4 - Exposição e memória de mensagens de prevenção sobre o VIH

	Adesão à formação		Não adesão à formação		Total		Medidas descritivas
	n	%	n	%	n	%	
Total	192	34.7	362	65.3	551	100	
Exposição a Programa de Intervenção educativa no ensino	Não	30	5.4	74	13.4	104	18.9
	Sim	162	29.4	285	51.7	447	81.1
Exposição a mensagens dos Mídia	Não	19	3.4	36	6.5	55	10.0
	Sim	173	31.4	323	58.6	496	90.0
Exposição a mensagens em outdoors	Não	52	9.4	124	22.5	176	31.9
	Sim	140	25.4	235	42.6	375	68.1
Lembrança da última mensagem preventiva sobre VIH	Não	138	25.0	268	48.5	406	73.4
	Sim	54	9.8	93	16.8	147	26.6

Nota: Mo= moda

Como se verifica na Tabela 5, quatro variáveis independentes apresentam um contributo estatisticamente significativo para o modelo (percepção do risco, área científica, início da vida sexual e parceiros sexuais nos últimos doze meses). O maior preditor na adesão a um programa de prevenção do VIH é o início da vida sexual, registando um odds ratio de 3.36 (OR = 3.36, IC 95% 1.27 -8.91), o que indica que os que já iniciaram a sua vida sexual apresentam 3 vezes mais probabilidade de aderir a um programa de prevenção do VIH do que os que ainda não iniciaram a sua vida sexual. Os odds ratio de 1.91 (OR = 1.91, IC 95% 1.27 -2.87) e 1.79 (OR = 1.79, IC 95% 1.04-3.07) indicam que os inquiridos que são da área científica da saúde e os que apresentam maior percepção de risco de vir a contrair o VIH têm cerca de 2 vezes mais probabilidade de aderir a um programa de prevenção do VIH. A variável “número de parceiros sexuais nos últimos doze meses” é igualmente uma variável preditora da adesão à formação e indica-nos que os inquiridos que não tiveram parceiros sexuais nos últimos 12 meses (abstinência secundária) apresentam cerca de 0.3 vezes mais probabilidade de aderir a um programa de prevenção do VIH (odds ratio de 0.32).

Tabela 5 - Regressão logística binária predizendo a probabilidade de adesão a um programa

Variáveis	B	E.S.	Wald	GL	P	OR	IC 95% para OR	
							Inferior	Superior
Idade	.03	.09	.13	1	.71	1.04	0.86	1.25
Sexo	-.34	.24	2.09	1	.14	0.71	0.44	1.13
Área científica	.64	.20	9.63	1	.00	1.91	1.27	2.87
Percepção do risco	.58	.27	4.47	1	.03	1.79	1.04	3.07
Início da vida sexual	1.21	.49	5.94	1	.01	3.36	1.27	8.91
Número de parceiros sexuais ao longo da vida	-.03	.06	.286	1	.59	0.96	0.84	1.10
Parceiros sexuais nos 12 meses	-1.14	.48	5.70	1	.01	0.32	0.12	0.81
Transmissão	.081	.14	.31	1	.57	1.08	0.82	1.44
Prevenção	-.04	.12	.11	1	.74	0.96	0.75	1.23
Ideias erradas sobre o VIH	.19	.13	2.19	1	.13	1.22	0.94	1.58
Constante	-2.73	2.03	1.80	1	.17	0.07		

Nota: OR=odds ratio; IC=intervalo de confiança; GL=graus de liberdade.



4. DISCUSSÃO

Como vimos, as intervenções de promoção de estilos de vida saudável tendem a alcançar aqueles que menos precisam delas. As pessoas que mais procuram informações sobre saúde estão já habitualmente mais orientados para a saúde do que as pessoas que não as procuram e, ao mesmo tempo, tendem também a ter opiniões assentes sobre saúde e a envolver-se em atividades saudáveis. No nosso estudo verificámos que a adesão foi maior no grupo de alunos dos cursos da saúde, que tinham à partida uma maior percepção de risco, que já tinham tido relações sexuais e que tinham tido menos parceiros sexuais nos últimos doze meses (Cunha Oliveira, A. (2013)). O facto de, em grande parte, terem já tido relações sexuais, terem uma maior percepção de risco e pertencerem a cursos da área de saúde se explica a maior adesão do grupo, também significa que a adesão foi maior no grupo de estudantes que à partida se poderiam considerar como aqueles que tinham menos necessidade da formação, em comparação com o grupo de controlo. Este dado é comum a outros programas de intervenção em prevenção de fatores de risco em saúde, o que parece indicar que é necessário ultrapassar este viés de adesão e chamar à intervenção preferencialmente os que mais precisariam dela. Não é tarefa fácil, pois, como diz Massano Cardoso, “os seres humanos são geralmente motivados pelos benefícios visíveis, frequentes e precoces. Os benefícios na saúde raramente preenchem estes requisitos” (Massano Cardoso, 2004).

Ainda de destacar que um dos achados desta investigação, ainda que pareça contraditório e suscite alguma dúvida sobre a coerência dos resultados, veja-se a tabela 2, onde não se verifica significância estatística entre “parceiros sexuais nos últimos doze meses” e “adesão”, o certo é que quando procedemos a uma análise de regressão logística binária predizendo a probabilidade de adesão a um programa, a variável “parceiros sexuais nos últimos doze meses” manifesta-se como preditora de adesão. Tal facto vai ao encontro da evidência científica que a “abstinência secundária” poderá ser um fator protetor da saúde sexual.

CONCLUSÕES

Como se disse, a adesão ao programa é maior entre os estudantes da área Saúde, entre os que têm maior percepção do risco, entre os que já tinham iniciado a vida sexual e entre os que estavam em abstinência secundária. Parece, assim, indicar que as campanhas de informação, sensibilização e prevenção não oferecem um modelo eficaz de consciencialização e percepção de risco aos estudantes que não seguem cursos nas áreas da saúde. Assim, torna-se claro que é necessário minimizar o fenómeno de inscrição seletiva em programas de promoção da saúde.

Em conclusão questionamos futuras investigações: como chegar aos alunos que têm uma baixa percepção de risco? No entanto, os que aderem podem tornar-se veículos difusores de mensagens preventivas nas suas redes sociais e informais e contribuir para a melhoria dos comportamentos sexuais no mundo universitário.

Como limitações os autores apontam a especificidade da amostra, podendo de futuro alargar-se o âmbito destes estudos a outras populações universitárias nacionais, bem como a outro tipo de populações jovens.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existe conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Fundação para a Ciência e Tecnologia, IP (SFRH/BD/60841/2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., & Massano Cardoso, S. (2016). VIH/ Sida: Situação da prevenção em Portugal e o contexto europeu. *Debater a Europa*, 14, 141-174.

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira, J., Massano Cardoso, S., & Pita, J. R. (2014). Behavioral interventions for prevention of sexually transmitted infections in university students over 36 months. *Atención Primaria*, 46(Especial Congreso I), 28-28.

Cunha-Oliveira, A. (2013). Predictors of adherence of young graduates to a program of educational intervention for prevention of infection by the human immunodeficiency virus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(Suppl. 1), 24.

Diniz, A., Duarte, R., Bettencourt, J., Melo, T. de, Gomes, M., & Oliveira, O. (2015). *Portugal: Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em*



números – 2015. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=29118>

Dutta-Bergman M. J. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among Internet health information seekers: Population-based survey. *Journal of Medical Internet Research* 26(2), e15. doi:10.2196/jmir.6.2.e15.

European Centre for Disease Prevention and Control, & World Health Organization Regional Office for Europe. (2013). *HIV/AIDS surveillance in Europe: 2013*. Stockholm: ECDC. doi:10.2900/42271.

Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2004). *Health education and health promotion*. Netherlands: Wageningen Academic Publishers .

Massano Cardoso, S. (2004). *Notas e técnicas epidemiológicas* (5ª ed.). Coimbra: Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Sirard, J. R., Pfeiffer, K. A., & Pate, R. R. (2006). Motivational factors associated with sports program participation in middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 696-703.

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional para a infecção VIH/SIDA: Orientações programáticas*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional11111111/orientacoes-programaticas11.aspx>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Recomendações portuguesas para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2: Versão 1.0*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-portuguesas-para-o-tratamento-da-infecao-por-vih-1-e-vih-2-versao-10-2015.aspx>

Portugal, Direção-Geral da Saúde. (2015b). Doenças de Declaração Obrigatória 2011-20

Verheijden, M., Bakx, J.C., Akkermans, R., Van den Hoogen, H., Godwin, N. M., Rosser, W., van Staveren, W. & van Weel, C. (2004). Web-based targeted nutrition counselling and social support for patients at increased cardiovascular risk in general practice: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), e44. doi:10.2196/jmir.6.4.e44

Millenium, 2(ed espec nº1), 145-150.

**APOIO PSICOLÓGICO NO ENSINO SUPERIOR: O SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO INSTITUTO
POLITÉCNICO DE VISEU**

**PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN UNIVERSITY: PSYCHOLOGY SERVICE OF THE INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VISEU**

**APOYO PSICOLÓGICO EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR: SERVICIO DE PSICOLOGÍA DEL INSTITUTO
POLITÉCNICO DE VISEU**

*Leandra Cordeiro
Maria João Amante*

Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: O foco da intervenção psicológica em contexto universitário tem sofrido alterações ao longo do tempo, centrando-se hoje, para além das questões vocacionais e de gestão de carreira, nas vicissitudes ligadas ao desenvolvimento pessoal e ao bem estar intrasubjetivo.

Objetivo: descrever e analisar a atividade do Serviço de Psicologia do Instituto Politécnico de Viseu, no período de 2010 a 2015.

Métodos: Análise descritiva dos pedidos recebidos no SEP (53), num total de 912 consultas prestadas, identificando género, idade, nacionalidade, unidade orgânica, motivo do pedido e principais dificuldades.

Resultados: Os estudantes que pedem ajuda são maioritariamente estudantes do sexo feminino (59%), que se encontram deslocados da sua terra natal, permanecendo em Viseu para estudar. Os principais motivos para o pedido de consulta são problemas de ansiedade (41%) e afeto depressivo (21%). No entanto, preocupações com o desempenho académico (15%) e outros problemas afetivos (11%) encetam este pedido de ajuda.

Conclusões: Os indicadores clínicos remetem-nos para uma problemática desenvolvimental, com questões ligadas ao momento de transição para a idade adulta (com a exposição de fragilidades anteriores e a ampliação de ansiedades futuras), o que demonstra a pertinência do serviço na promoção da saúde dos estudantes por forma a potenciar competências académicas e a permitir a consolidação de um trajeto futuro.

Palavras-chaves: Ensino Superior; Estudantes; Psicoterapia

ABSTRACT

Introduction: The focus of psychological intervention in university context have suffered changes through the years, centring itself today, beyond of the vocational issues and the career managing, in the variations connected to the personal development and to the well-being intrasubjective.

Objective: to describe and to analyze the activity of the Psychology Service (SEP) of the Instituto Superior Politécnico de Viseu, in the period of 2010 to 2015.

Methods: Descriptive analysis of the received requests in SEP (n=53), in a total of 912 provided consultations, identifying gender, age, nationality, organic unit, the reason of the request and main difficulties.

Results: The students that ask for help are, mostly, feminine gender students (59%), who find themselves displaced from their birth town, remain in Viseu to study. The main reasons for the request of consultations are: anxiety problems (41%) depressed affection (21%). However, preoccupations with the academic evaluation (15%) and other affective problems (11%) enter into this request for aid.

Conclusions: The clinical indicators forward us to a development problematic, with issues connected to the moment of transition to the adulthood (with a exposure of previous weaknesses and the magnification of future anxieties), such demonstrate the relevance of the service in the promotion of student's health towards to potentiate the academic skills and to allow the consolidation of a future path.

Keywords: University; Students; Psychotherapy

RESUMEN

Introducción: el objetivo de la intervención psicológica en la universidad ha experimentado cambios en el tiempo , centrándose en la actualidad , además de las cuestiones de formación profesional y la gestión de la carrera, en los eventos relacionados con el desarrollo personal y el bienestar intrasubjetivo.

Objetivo: describir y analizar la actividad del Departamento de Psicología del Instituto Politécnico de Viseu, en el período 2010 a 2015.

Métodos: Análisis descriptivo de las solicitudes recibidas en septiembre (53), un total de 912 consultas dada la identificación de género, edad, lugar de nacimiento, unidad orgánica, motivo de la solicitud y de las principales dificultades.

Resultados: Los estudiantes que piden ayuda son en su mayoría mujeres estudiantes (59 %), que son desplazados de su tierra natal , permaneciendo en Viseu para estudiar. Las principales razones de la solicitud de consulta son los trastornos de ansiedad (41%) y el afecto depresivo (21%). Sin embargo, la preocupación por el rendimiento académico (15%) y otros problemas emocionales (11%) iniciarán esta petición de ayuda.

Conclusiones: Los indicadores clínicos nos llevan a unos problemas de desarrollo , las cuestiones relacionadas con el momento de la transición a la edad adulta (con la exposición de las debilidades y la expansión de las futuras ansiedades anteriores), que demuestra la relevancia del servicio de promoción de la salud estudiantes con el fin de mejorar las habilidades académicas y para permitir la consolidación de un futuro camino.

Palabras Clave: Enseñanza Superior, Estudiantes, Psicoterapia



INTRODUÇÃO

O foco da intervenção psicológica em contexto universitário tem sofrido alterações ao longo do tempo, centrando-se hoje, para além das questões vocacionais e de gestão de carreira, nas vicissitudes ligadas ao desenvolvimento pessoal e ao bem-estar intersubjetivo (Herr, 1998; Leitão & Paixão, 1999; Taveira et al., 2000).

Em Portugal, a investigação produzida acerca dos estudantes do ensino superior, enquanto grupo com características próprias e problemáticas específicas tem vindo a ser maior nos últimos vinte anos, centrando-se acima de tudo nas temáticas da adaptação ao ensino superior, nos fatores que se relacionam com o sucesso e insucesso académicos e na adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes (Gonçalves, 2012). Neste âmbito e, tendo em conta, a reestruturação que o próprio ensino superior tem sofrido, as novas formas de comunicação e mobilidade que marcam definitivamente os processos de aprendizagem e que obrigam naturalmente a adaptações mútuas, faz sentido parar para pensar em todas as mudanças ocorridas e de como estas também se podem manifestar nos processos de transição e adaptação. A par, não é possível ficar alheio a um conjunto de circunstâncias socioeconómicas muito específicas que motivaram nos últimos anos a problemas acrescidos e maiores ajustamentos. Pois, se considerarmos que a mudança é um fator recorrente na vida dos indivíduos, e a este nível, normativa, sabemos que quando associada a experiências perturbadoras, pode resultar em efeitos adversos sobre a saúde física e psicológica. Costa e Leal (2008) consideram que a transição e a adaptação à universidade pode constituir um evento potencialmente ameaçador.

O presente trabalho procurou integrar todos estes pressupostos nas motivações dos pedidos de acompanhamento psicológico do Serviço de Psicologia do Instituto Politécnico de Viseu, procurando uma análise descritiva do volume de casos nos últimos cinco anos [2010 – 2015], de modo a encontrar correspondências ou denominadores comuns para se poderem ajustar práticas clínicas e psicopedagógicas e se compreenderem melhor as dificuldades dos estudantes da instituição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Vários modelos de desenvolvimento psicossocial (Erickson, Sullivan, Freud) chamam atenção para o período de mudança que a adolescência encerra e de todas as consolidações que lhe são exigidas para uma transição adaptada para a idade adulta. Sabe-se que a integração de competências cognitivas, sociais e emocionais obriga a uma ginástica difícil mas ao mesmo tempo desafiante que irá permitir ao jovem adulto afirmar a sua identidade. Neste contexto, os jovens terão que lidar com aspectos precursores de dificuldades nas fases desenvolvimentais posteriores, como a capacidade de assumir responsabilidades e o estabelecimento de um sistema de valores próprio (Dias, 2006). Desta forma, para a mesma autora, trata-se de um período em que não só o conceito sobre si próprio tem que ser revisto e consolidado, mas também tem que ser reorganizado todo um conjunto de valores correspondentes a novas tarefas e ao estabelecimento de um plano de vida futuro.

De acordo com Ferraz e Pereira (2002), a transição para a universidade coloca em destaque todas estas condicionantes e os diferentes problemas dos alunos, contribuindo para o desenvolvimento de níveis mais elevados de ansiedade e stress. Considerando que, nesta fase de transição, o jovem adulto é confrontado com tarefas muito específicas: estabelecimento de relações mais íntimas, a autonomização em relação à família, a gestão do tempo e do dinheiro, o contacto social mais alargado (Caíres & Almeida, 1998), sabe-se que da sua resolução ou não, resultará não só a qualidade da adaptação mas também o seu bem-estar psicossocial, indicador da saúde mental do indivíduo.

No entanto, como salientam Almeida e Ferreira (1999 cit in Leal & Costa, 2008), o desafio que está por trás da entrada para a universidade, é percecionado diferenciadamente pelos alunos, podendo variar consoante a história de desenvolvimento, as capacidades e as características pessoais dos alunos. Para os mesmos autores, quando o desafio é percebido como muito elevado, pode provocar respostas de inibição ou de desadaptação, gerando problemas a nível das atividades académicas, pessoais e sociais, e a nível do desenvolvimento vocacional do estudante. Por sua vez, quando percebido como relativamente pequeno, pode suscitar sentimentos de segurança, de continuidade, de estabilidade, pouco favoráveis ao próprio desenvolvimento em face do nível mínimo de confronto e de exigência adaptativa que colocam ao estudante.

É neste contexto, e com o objetivo de dar resposta a todas estas condicionantes e dificuldades que os serviços de psicologia ou centros de aconselhamento universitário, como é vastamente designado na literatura, surgem nas instituições de ensino superior acompanhando o aumento da população universitária e as preocupações com o bem-estar psicossocial e holístico dos estudantes.

O Serviço de Psicologia (SEP) do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) cumpre o objetivo principal de promover o bem-estar psicológico da população do Instituto Politécnico de Viseu, destinando-se maioritariamente aos alunos, mas abrangendo toda a comunidade académica, isto é, funcionários e professores. Compreende a este nível diversas áreas de intervenção: (i) aconselhamento; (ii) psicoterapia; (iii) apoio psicopedagógico; (iv) apoio a alunos com necessidades educativas especiais e por fim, (v) sensibilização e promoção do desenvolvimento psicossocial – prevenção primária. Neste sentido, cumpre-se a diretiva da RESAPES (Rede de Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior) quando enquadra estes serviços com intervenção nas áreas da



prevenção, desenvolvimento e remediação no Ensino Superior, nomenclatura utilizada e devidamente explanada por Gonçalves e Cruz (1988).

2. MÉTODOS

O presente estudo, de cariz exploratório, procurou através de uma análise descritiva dos pedidos recebidos no SEP (n=53), num total de 912 consultas prestadas, identificar prevalências e correspondências no que concerne ao género, idade, naturalidade, unidade orgânica, motivo do pedido e principais dificuldades. Na análise e tratamento dos dados foi utilizado o Software Estatístico – SPSS 21.0.

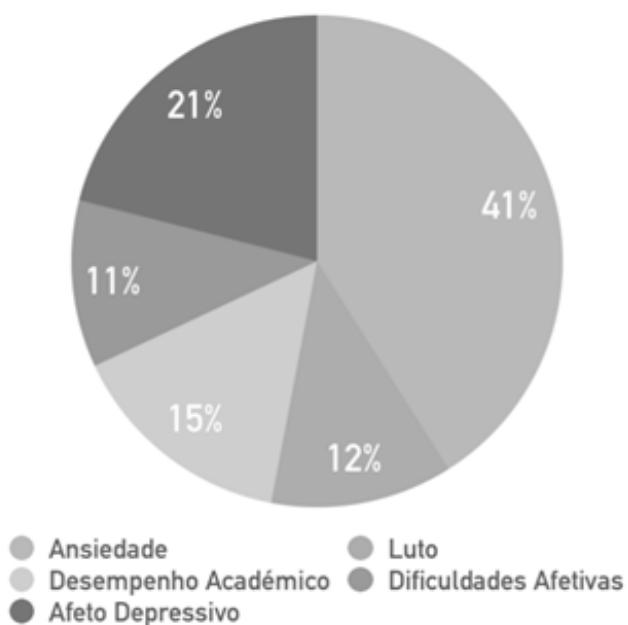
3. RESULTADOS

Entre os anos de 2010 e 2015, foram prestadas no SEP 912 consultas num total de 53 casos acompanhados, com uma variabilidade anual estatisticamente não significativa ($p > 0,05$). Neste sentido, verifica-se uma constância do número de pedidos anuais, na análise efetuada neste período.

Na análise dos dados, é inequívoco que os estudantes que pedem ajuda são maioritariamente estudantes do sexo feminino (59%), que se encontram deslocados da sua terra natal, permanecendo em Viseu para estudar (79%).

No que concerne aos motivos do pedido de consulta, como se pode ler no gráfico 1, verifica-se que são maioritariamente problemas de ansiedade (41%) e afeto depressivo (21%) as razões primeiras do pedido de ajuda. No entanto, e apesar de expressão menor, contabilizam-se preocupações com o desempenho académico (15%) e outros problemas afetivos (11%) como dificuldades apresentadas.

Gráfico 1 – Motivo dos pedidos das consultas



Convém esclarecer a este nível que nem sempre o motivo do pedido corresponde à verdadeira dificuldade, assumindo-se na clínica sintoma de uma situação clínica latente. Isto é, a manifestação da dificuldade pode ser expressa de diferentes formas, assumindo-se uma complementariedade e reciprocidade entre o desenvolvimento cognitivo e o desenvolvimento afetivo.

Não obstante, constata-se que são de facto, questões ligadas ao bem-estar intersubjetivo e psicológico, as principais razões dos pedidos.



4. DISCUSSÃO

Confirma-se que as mulheres tendencialmente pedem mais facilmente ajuda médica e/ou psicológica do que os homens (Marcondes, 2011). No entanto, a pesquisa tradicional em psicologia e saúde mental, não é clara nem consensual à explicitação das diferenças no funcionamento mental comparativamente entre géneros. Para Rabasquinho e Pereira (2007), numa tentativa de explicar o fenómeno, os estudos apontam vários indicadores psicossociais, no sentido de corroborarem a ideia do género como uma construção psicossocial que influenciará inevitavelmente a expressão da saúde mental. Assim, parece que mulheres são mais socializadas no sentido de internalizar o distress do que os homens, o que contribui para desordens associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida. Por seu turno, os homens são encorajados a agir, a expressar o seu distress, externalização que pode apresentar alguma ligação com comportamentos antissociais, uso de substâncias e suicídio, sendo esta uma das teorizações de Canetto (1997 cit in Rabasquinho & Pereira, 2007, p. 439). Esta constatação suporta o resultado encontrado, verificando-se de facto uma correspondência entre as dificuldades apresentadas (perturbações do humor) e o género feminino (mais prevalente).

A análise realizada confirma as conclusões suportadas na literatura, na medida em que é assumido que os estudantes que pedem ajuda psicológica apresentam-se geralmente deprimidos e/ou ansiosos, com a autoconfiança e a autoestima abaladas, confusos quanto ao seu futuro (Dias, 2006). O despoletar do pedido de ajuda é frequentemente: a quebra de um relacionamento amoroso, ou a dificuldade em o estabelecer; as reprovações nos exames e a ansiedade face a estes; as dificuldades na concentração nos estudos e consequentes dúvidas sobre as suas capacidades; problemas nas relações com os pais geralmente devido ao sobre controlo e às expectativas destes, ou à sua falta de apoio, ao afastamento de casa, etc. (Dias, 2006). Estes indicadores clínicos remetem-nos para uma problemática desenvolvimental, com questões ligadas ao momento de transição para a idade adulta (com a exposição de fragilidades anteriores e a ampliação de ansiedades futuras), sendo naturalmente maiores nos estudantes deslocados que têm que gerir a separação, a distância sendo-lhes exigido maior capacitação no movimento autónomo que é esperado.

Neste sentido, ao nível da intervenção, o acompanhamento clínico tem foco nas dificuldades atuais e na resolução das tarefas desenvolvimentais, estabelecendo as ligações possíveis de continuidade entre a história de vida do paciente e as suas expectativas, preconizando-se uma maior compreensão do seu funcionamento interno e de possíveis padrões relacionais.

CONCLUSÕES

Embora em determinados casos, tenham sido identificadas necessidades especiais educativas e apoio psicopedagógico, as motivações dos pedidos de ajuda encetam na sua maioria uma intervenção clínica especializada e um aconselhamento psicológico orientado. Segundo Dias (2006) parece vantajoso focalizar o aconselhamento, sempre que possível, nas dificuldades atuais e na resolução das tarefas desenvolvimentais, estabelecendo as ligações possíveis e continuidade existentes relativamente à história de vida e às relações no passado, o que permite ao estudante uma melhor compreensão do seu funcionamento psíquico interno.

A prestação deste apoio é essencial para o bem-estar individual, trazendo obviamente ganhos holísticos para a própria instituição uma vez estar estudada a relação entre o impacto dos serviços de aconselhamento psicológico nas instituições de ensino superior e os resultados positivos no rendimento académico dos utentes (estudantes), que se traduz numa melhoria nas classificações obtidas, numa diminuição do número de anos que os estudantes levam para finalizar o seu curso e ainda numa redução do abandono académico (Gonçalves, 2012; Welling & Vasconcelos, 2008; Ferreira, 2009).

Neste contexto, parece estar demonstrada a importância do serviço de psicologia no contexto de ensino superior, não só pelas necessidades identificadas mas sobretudo, na promoção da saúde dos seus estudantes, por forma a potenciar todas as suas competências e a permitir a consolidação de um trajeto, rentabilizando o momento presente – a vida académica – como marco transitivo fundamental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caíres, S., & Almeida, L. (1998). Estágios curriculares: Avaliação das vivências e percepções na transição do meio académico para o mundo de trabalho. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 3*, 83-96.

Costa, E. S., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior: Avaliar para intervir. In 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, *Intervenção em psicologia e saúde: Atas* (pp. 213-216). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Dias, G. (2006). Aconselhamento psicológico a jovens do ensino superior: Uma abordagem psicodinâmica e desenvolvimentista, *Análise Psicológica, 24*(1), 39-50.

Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Ferraz, M. F., & Pereira, A. S. (2002). A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças, 3*(2), 149-164.

Ferreira, C. A. M. (2009). *Intervenção psicológica no ensino superior: Efeito da psicoterapia no rendimento académico* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/880>

Gonçalves, I. (2012). A psicologia no ensino superior: Intervenções clínicas e não clínicas. In II Congresso Nacional RESAPES-AP, *Apoio psicológico no ensino superior: Um olhar sobre o futuro: Atas*. Porto: ISCAP.

Gonçalves, O., & Cruz, J. (1988). A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista Portuguesa de Educação, 1*, 127-145.

Machado, C., & Almeida, L. (2000). Vivências académicas: Análise diferencial em estudantes dos 1º e 4º anos do ensino superior. In J. Tavares, & R. A. Santiago (Orgs.), *Ensino superior: (In) sucesso académico* (pp. 133-145). Porto: Porto Editora.

Marcondes, G. (2011). La normalización jurídica de la familia, vida conyugal y reproducción en Brasil. In G. Binstock, & J. M. Vieira (Orgs.), *Nupcialidad y familia en la América Latina actual* (pp. 255-280). Rio de Janeiro: Asociación Latinoamericana de Población.

Pinheiro, M. R. M., & Ferreira, J. A. A. (2002). Suporte social e adaptação ao ensino superior. In A. S. Pouzada, L. S. Almeida, & R. M. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 137-146). Braga: Universidade do Minho.

Rabasquinho, C., & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica, 35*(3), 439-454.

Rebelo, H., & Lopes, H. (2001). *Vivências académicas e bem-estar psicológico dos alunos no primeiro ano: Resultados de um projeto de investigação*. Porto: Universidade do Porto.

Schwitzer, A. M., Grogan, K., Kaddoura, K., & Ochoa, L. (1993). Effects of brief mandatory counselling on help-seeking and academic success among at risk college students. *Journal of College Student Development, 34*(6), 401-405.

Turner, A. L., & Berry, T. R. (2000). Counselling center contributions to student retention and graduation: A longitudinal assessment. *Journal of College Student Development, 41*(6), 627-636.

Welling, H., & Vasconcelos, S. (2008) O efeito da psicoterapia sobre o rendimento académico. *Análise Psicológica, 26*(4), 651-661.

Millenium, 2(ed espec nº1), 153-159.

REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES

REFLECTIONS ON THE CONTINUING EDUCATION OF TEACHERS

REFLEXIONES SOBRE LA FORMACIÓN CONTINUA DE LOS PROFESORES

*Roselita Sebold*¹

*Darclé Cardoso*¹

*Marta Farinelli*²

*Daniela Carcereri*³

*Rita Rausch*⁴

¹UFSC, Brasil

²Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciencias humanas e Sociais, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

³Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

⁴UNICAMP, FURB, UNIVALI, Brasil



RESUMO

Introdução: O Departamento de Odontologia, do município de Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil desenvolve, desde 1991, formações continuadas de educação em saúde para professores do ensino fundamental anos iniciais, a fim de aumentar a literacia para a saúde (LS) dos educadores. A LS é vista como “consequência do acesso da pessoa a informação de saúde. Esta informação pode ser apropriada pelo indivíduo com o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, influenciando a avaliação que pode efectuar das acções a tomar”. (Saboga – Nunes, 2014).

Métodos: O presente estudo visa descrever o trabalho desenvolvido na formação continuada de professores sob a perspectiva da literacia para a saúde e do processo de educação em saúde, nos projetos realizados com os estudantes.

Resultados: A socialização dos projetos nas formações criou um espaço de ação-reflexão-ação, pela abordagem do conceito ampliado de saúde, de promoção da saúde e da literacia para a saúde. Por meio desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, ou seja apropriação do conhecimento, gestão deste, amplia-se as possibilidades para um trabalho de educação em saúde e permite aos educadores e profissionais da saúde, elaborar sequências de atividades que promovam a saúde.

Conclusões: Considera-se que os professores são os agentes de literacia e os articuladores entre os interesses dos alunos e da comunidade com flexibilidade para agir de acordo com as situações-problema no contexto de suas escolas.

Palavras-chaves: Literacia para a saúde; Educação em saúde; Promoção da saúde; Educação continuada de professores

ABSTRACT

Introduction: The Department of Dentistry, the city of Rio do Sul, Santa Catarina, Brazil develops since 1991, continuing education of health education for school teachers critical early years in order to increase health literacy (LS) of educators. The LS is seen as “a result of the person’s access to health information. This information may be appropriate for the individual to develop their comprehension skills, influencing the evaluation that can perform the actions to take.” (Saboga - Nunes, 2014).

Methods: This study aims to describe the work in the continuing education of teachers from the perspective of health literacy and health education process, the projects carried out with the students.

Results: Socialization of projects in formations created an area of action-reflection-action by the broader concept of health approach, health promotion and health literacy. Through developing their understanding capabilities, ie appropriation of knowledge, management of the possibilities for health education work and enables educators and health professionals continues to expand, develop sequences of activities that promote health.

Conclusions: It considers that teachers are the literacy agents and articulators between the interests of students and flexibility with the community to act on the problem situations in the context of their schools.

Keywords: Health literacy; Health education; Health promotion; Continuous training

RESUMEN

Introducción: El Departamento de Odontología de la ciudad de Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil desarrolla desde el año 1991, la formación continua de la educación sanitaria para los maestros de los primeros años con el fin de aumentar la literacia para salud (LS) de educadores. La LS es vista como “consecuencia del acceso de la persona a la información sanitaria. Esta información puede ser apropiado para el individuo para desarrollar sus habilidades de comprensión, influyen en la evaluación que se pueden llevar a cabo las acciones a tomar”. (Saboga - Nunes, 2014).

Métodos: Este estudio tiene como objetivo describir el trabajo en la formación continua de los profesores desde la perspectiva de la literacia para salud y el proceso de educación para la salud, los proyectos llevados a cabo con los estudiantes.

Resultados: La socialización de los proyectos en las formaciones creó un área de acción-reflexión-acción por parte del concepto más amplio de enfoque de la salud, promoción de la salud y la literacia para salud. Mediante el desarrollo de sus capacidades de comprensión, es decir, la apropiación del conocimiento, expandiéndose las posibilidades de trabajo de educación para la salud y permite a los educadores y los profesionales de la salud continua, desarrollar secuencias de actividades que promueven la salud.

Conclusiones: Se considera que los profesores son los agentes de literacia y articuladores entre los intereses de los estudiantes y de la comunidad con flexibilidad para actuar en las situaciones problemáticas en el contexto de sus escuelas.

Palabras Clave: Literacia para salud; Educación para la salud; Promoción de la salud; Formación continuada



INTRODUÇÃO

As informações de saúde para serem apreendidas e resultarem em atitudes saudáveis dependem da escolarização e da qualidade da educação, neste sentido a literacia para a saúde contribui para a conscientização dos sujeitos e no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde (Saboga-Nunes, 2014). No contexto da promoção da saúde, a literacia para a saúde é definida como um conjunto de competências cognitivas e sociais que dão às pessoas condições de terem acesso, compreenderem e usarem as informações para promoverem e manterem uma boa saúde (Nutbeam, 2008).

No Brasil, os determinantes sociais de saúde (DSS), ou seja, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, estão presentes de forma acentuada nas escolas, principalmente aquelas que compõem a rede pública municipal ou estadual. Os educadores compartilham nos encontros de formação as dificuldades dos seus alunos presentes na realidade social, preocupam-se, angustiam-se, visto que tais problemas afetam diretamente o processo de ensino e aprendizagem comprometendo o desenvolvimento dos educandos.

O departamento de odontologia do município de Rio do Sul, Santa Catarina, Brasil, desenvolve, desde 1991 um programa de educação em saúde denominado programa de educação em saúde de Rio do Sul (PROESASUL), no qual a formação continuada dos professores da rede pública é uma das metodologias utilizadas para introduzir as ações de literacia para a saúde no âmbito escolar.

O presente estudo visa descrever o trabalho desenvolvido na formação continuada de professores sob a perspectiva da literacia para a saúde e do processo de educação em saúde nos projetos realizados com os estudantes.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A TRAJETÓRIA DAS FORMAÇÕES

As formações continuadas, durante 25 anos, sofreram reformulações quanto ao conteúdo didático programático no que concerne ao contexto de Promoção da Saúde. Considerou-se que, de 1991 até o ano de 2001, se enquadram as ações de educação em saúde no conhecimento científico-cultural (relativo ao conhecimento do conteúdo a ensinar), as quais tinham o formato de palestras sobre os aspectos técnicos e científicos da saúde. De 2001 até 2005, ocorreram algumas mudanças advindas de estudos sistemáticos de teorias da educação, principalmente da área da psicopedagogia, que deram um formato mais participativo aos encontros formativos, com práticas pedagógicas de Educação em Saúde com vista à inclusão e maior conscientização do corpo humano no contexto de Educação em Saúde. De 2005 a 2009, havia uma metodologia específica, que trazia Projetos Pilotos para os estudos da prática para a formação, divididos em módulos, com oficinas, que gerou a publicação dos cadernos de Educação em Saúde Teoria e Prática, com abrangência dos demais municípios da 12ª Gerência Regional de Educação e divulgação desse material para realidades escolares diversas.

Na busca por temáticas que perpassassem pela educação e pela saúde, tornou-se imperativa a adequação da proposta dos cursos de formação para professores à necessidade de aperfeiçoamento das questões de aprendizagem da língua escrita. Assim, a inserção dos cursos da educação em saúde teve a adequação para a proposta de literacia para a saúde, visando possibilitar a leitura de um mundo real com interpretações e soluções nesse contexto de educação em saúde. A partir de 2010, foi se delineando um novo formato das formações continuadas da Educação em Saúde por meio do estudo retrospectivo e histórico das formações continuadas de educação em saúde. O estudo dos capítulos do livro Formação Continuada de Professores (Imbernón, 2010) serviu como um momento de reflexão para o grupo de professores, quanto à permanência das formações de Educação em Saúde, que essas formações seriam organizadas “com” os professores e que os processos não seriam meras repetições de condutas, preparando-os para a proposta seguinte de formações que seria de aliar as práticas de literacia e educação em saúde. Em 2013 conclui-se uma pesquisa participativa envolvendo alunos e professores na perspectiva de ação-reflexão-ação e da literacia para a saúde tendo como ponto de partida o conceito de saúde e promoção da saúde.

DO CONCEITO DE SAÚDE À LITERACIA PARA A SAÚDE NAS FORMAÇÕES CONTINUADAS

Uma sequência estratégica que está nas formações continuadas é a que prioriza a abordagem salutogénica, para não incorrer no erro de atitudes simplesmente preventivas e centradas na doença, nas abordagens educativas (Cardoso, 2013). Para chegar a essa compreensão, a discussão entre o que é saúde e o que é doença foi reforçada, principalmente que saúde não é o oposto de doença, pois as pessoas não são totalmente saudáveis ou totalmente doentes, vivem condições de saúde/doença de acordo com suas potencialidades, condições de vida e interações com ela (Brasil, 2005). Acompanhando essa lógica o movimento de saúde



pública progrediu desde uma perspetiva biomédica predominante no século XIX, centrada no controle das grandes epidemias através da melhoria e regulação das condições ambientais, até a uma abordagem holística e sistémica de saúde. Esta abordagem decorre do surgimento da conceção de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, social e mental”, e da introdução da noção de “saúde positiva” baseada no conceito de salutogénese, que defende que o estado de saúde dos indivíduos depende de um conjunto complexo de dimensões. (Dias & Gama, 2014).

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), editada pelo Ministério da Saúde, em 2014, trouxe o debate político sobre as condições necessárias para que sujeito e comunidades fossem mais saudáveis e ocorresse a mudança do paradigma da culpabilização individual para o cuidado com a própria saúde (Brasil, 2014). Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo Promoção da Saúde, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina, das quais a promoção da saúde era uma delas, além da prevenção de doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação.

Considerando vários documentos e tendo como marco o relatório Lalonde, documento oficial do governo do Canadá, publicado em 1974, que define o conceito de campo da saúde como constituído por quatro componentes – biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde –, foram formuladas as bases da Promoção da Saúde e das estratégias para a criação dos espaços saudáveis e protetores (Lalonde, 1974). Em 1978 realizou-se a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, que reconheceu a saúde como essencial para o desenvolvimento social sustentado e a qualidade de vida, e instituiu uma nova orientação para a política de saúde conferindo especial ênfase à responsabilidade e cooperação entre os vários setores da comunidade global na implementação dos cuidados de saúde primários (Buss, 2003). As recomendações de Alma-Ata vieram reforçar a construção de uma estratégia para a melhoria da saúde que culminou com a realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa em 1986. Segundo Buss (2003), a Carta de Ottawa, de 1986, apresenta um componente que resgata a dimensão da Educação em Saúde, num processo de empoderamento, ou seja, o processo de aquisição de conhecimentos e de consciência política propriamente dita. Para que esse processo ocorra, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo, com diversas organizações responsáveis por essas ações. É nesse componente da Carta de Ottawa que trata do desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida que as ações de professores no campo da literacia para a saúde de crianças e jovens em pleno desenvolvimento atuam. Além do relatório Lalonde, destacam-se três importantes conferências internacionais sobre o tema, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), que estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde, além das de Jakarta (1997), no México (2000) e na América Latina (1992). Bangkok em (2005) veio reforçar a capacitação das comunidades, a elaboração de políticas e as parcerias como o foco dos principais esforços nacionais e globais para a melhoria da saúde (Brasil, 2001). A mais recente conferência, em Nairobi (2009), constituiu a primeira oportunidade para debater a política de promoção da saúde global no contexto africano. A Declaração de Nairobi veio reforçar a importância da promoção da saúde na resposta aos desafios do desenvolvimento, equidade, redução das desigualdades e realização dos direitos humanos e da literacia para a saúde (WHO, 2009).

Tais conferências contribuíram para o desenvolvimento do conceito de promoção da saúde e literacia para saúde e observou-se a influência desses momentos históricos nas práticas de educação em saúde desenvolvida nas formações continuadas dos professores, profissionais da saúde e nas escolas.

2. MÉTODOS

PROJETOS PILOTOS PARA FORMAÇÃO: UMA METODOLOGIA DE AÇÃO PARA REFLEXÃO

A estratégia metodológica utilizada neste estudo de caso consta do desenvolvimento de projetos pilotos nas escolas, no qual os profissionais da saúde e educação, por meio de abordagem dialógica trabalham conceitos de saúde sob a ótica da promoção de saúde, ou seja, melhoria da capacidade das pessoas e comunidade atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, entre outros aspectos. As reflexões oportunizam a produção de material para formação com professores. Assim, o estudo tem como enfoque a formação de professores que atuam nos anos iniciais do ensino fundamental, envolvendo investigação empírica de um fenômeno particular, ou seja, os projetos pilotos com estudantes e a formação continuada de professores.

Os sujeitos do estudo são os professores, por livre opção, que atuam no ensino fundamental anos iniciais da rede pública de ensino de Rio do Sul e as escolas para realizarem os projetos pilotos são definidas nas reuniões de diretores.

No presente estudo as fontes de evidências são: os registos dos alunos, observação participante das aulas, observações diretas das formações e relatos das experiências dos professores. Realiza-se a análise das evidências provenientes dessas fontes para que haja a convergência pelo encadeamento simultâneo das mesmas e a sua conversão para o fenômeno do estudo, ou seja, a literacia para a saúde.



Para tanto, documenta-se os registos dos alunos na forma de desenhos, histórias dos desenhos, desenhos da história, história de vida oral e escrita e produção de textos (diário de vida, poesias, contos e autobiografia). Além da análise dos registos produzidos em sala, anotam-se as sequências de atividades e as interlocuções entre alunos e professoras em um diário de campo e são feitos registos fotográficos.

No início do ano letivo a equipe multidisciplinar participa de atividades com os professores durante três dias de formação. Em cada período as atividades são realizadas com professores de níveis diferentes. A partir da discussão de um texto base são definidas as prioridades a serem desenvolvidas durante o ano. Na sequencia é elaborado um projeto piloto que será aplicado em uma escola a ser indicada pela equipe. O resultado deste projeto piloto serve de base para socialização da prática nos espaços de formação que acontecem em três etapas durante o ano. Nestas etapas são realizadas as oficinas participativas pelos profissionais da saúde com os professores nas quais são simulados os contextos vivenciados nas escolas pilotos.

3. RESULTADOS

FORMAÇÕES CONTINUADAS E AS REFLEXÕES

Assim como a saúde sofreu evolução no seu conceito, diversos momentos marcaram a abordagem das formações de educação em saúde do PROESASUL, a fim de desenvolver seus programas preventivos nas escolas. Os ministrantes, no início, eram profissionais cirurgiões-dentistas, e os professores da educação Infantil e do ensino fundamental anos iniciais eram partícipes dos protocolos preventivos dispostos pelos profissionais da saúde. Ao refletir sobre os momentos da educação em saúde, ao longo da história no Brasil e na formação continuada do PROESASUL, é vislumbrado como pode ser desenvolvida nessa perspectiva com um olhar crítico de transformação por meio da ação reflexiva. Para tanto, o reconhecimento da literacia para saúde nas formações é o parâmetro conceitual que norteia as práticas de saúde entre os profissionais da saúde e da educação, como também a filosofia dos projetos pedagógicos. Além da contextualização apresentada salienta-se às professoras que a educação em saúde se constitui em um processo participativo que permite o desenvolvimento de habilidades para perceber, analisar e resolver problemas. Destaca-se que as estratégias dessas atividades envolvem diferentes profissionais e que tem como ponto de partida as experiências, os saberes, as atitudes, as condutas dos sujeitos envolvidos no processo educativo, e não como uma ação isolada, apenas do setor da saúde para a educação, como campanhas ou projeto isolados.

Sente-se a necessidade de aliar conhecimentos, situações atuais e prévias às novas informações, trazer para a formação e retomar na prática, conforme nos ensina Imbernon (2010, p. 57): “É preciso partir do fazer do professor para melhorar a teoria e a prática”.

Cabe ressaltar que a educação em saúde está em transformação, uma vez que os métodos tradicionais de educação são pouco efetivos na apreensão de atitudes saudáveis, outra opção é partir do que os estudantes já sabem, por meio do reconhecimento dos contextos de vida e de um diálogo entre o que se aprende na escola e o que se vive nas comunidades. Nesse sentido, segundo Alves & Aerts (2011), vista como uma prática social, a educação em saúde se configura, atualmente, como um processo para desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre os seus problemas de vida e saúde, por meio do diálogo, preceituando uma educação com pessoas, e não para pessoas.

É nessa perspectiva que as ações intersetoriais e as iniciativas que procuram integrar áreas distintas com objetivos comuns de formação para a vida pautam esta intervenção, para que os alunos se tornem críticos e os professores formadores e formados nos princípios da promoção da saúde.

OFICINAS PARTICIPATIVAS: PROMOÇÃO DA SAÚDE E LITERACIA PARA A SAÚDE.

No que concerne às oficinas participativas, almeja-se um espaço de ação-reflexão-ação, ou seja, de diálogo entre a teoria e a prática, pela abordagem dos conceitos de promoção da saúde com os de literacia. Essa parceria entre profissionais de saúde formadores, professores em formação se configura num avanço no campo da educação em saúde para reflexão das práticas em sala de aula. Os professores refletem sobre a função da escola no campo da saúde e demonstram um compromisso constante nas ações diárias escolares, se preocupam em estar constantemente em vigilância nas temáticas, como condutas a serem monitoradas diariamente com os estudantes em conteúdos e em ações. O pensar reflexivo permite a tomada de decisões e o redimensionamento da ação pedagógica. Isso nos remete à Carta de Ottawa, a qual

[...] enfatiza que ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área, é o conceito de empowerment comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol da sua saúde (Czeresnia, 2004, p. 27).



Com base na reflexão ora mencionada, considera-se relevante compreender a prática pedagógica como elemento de produção do conhecimento ao tempo que se configura como espaço de reflexão para a ação, concebida a relação indissociável entre teoria e prática. A proposta da literacia para a saúde constitui um desafio para o professor, pois requer mudanças significativas acerca das questões teórico-metodológicas que norteiam a prática pedagógica a partir do ensino da leitura e da escrita, desenvolvendo conteúdos conectados às práticas sociais vivenciadas pelos alunos nas questões do campo da saúde.

Na última etapa da formação, em cada ano letivo, ocorre a socialização das práticas. Nesse contexto, a transformação das práticas de saúde nas escolas decorre da ação crítico-reflexiva do fazer docente e as questões teórico-práticas em torno da saúde, da literacia para a saúde rumo a uma aprendizagem significativa.

Os projetos elaborados pelo grupo de professoras, pela temática que se propõem a investigar, pela forma como são relatadas as experiências, as pesquisas de campo, os livros, bem como o desenvolvimento do material de estudo, permite aos alunos ter interesse pelo que acontece no seu entorno e se posicionarem e efetuarem transformações na sociedade em que vivem.

Do mesmo modo, ao escolherem temáticas que são amplas, tais como água, reciclagem e alimentação, transformam as práticas educativas preventivistas que enfocam doenças em desenvolvimento de projetos que visam à promoção da saúde, com abordagens dos contextos de vida desses alunos, com situações reais e com resoluções pessoais, no contexto escolar e no ambiental. A abordagem conceitual da promoção da saúde adotada nas formações continuadas compactua com Czeresnia (2004, p. 14), uma vez que a autora assim esclarece:

A saúde é mencionada como fator essencial para o desenvolvimento humano, um dos campos de ação proposto no contexto da promoção da saúde é a criação de ambientes favoráveis. O desenvolvimento sustentável coloca o ser humano com agente central do processo de defesa ao meio ambiente, e tem, no aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade, um dos seus principais objetivos; a governance implica ampla participação da comunidade na definição de questões culturais da vida coletiva. Em todos esses conceitos, preconiza-se a importância da equidade, seja na distribuição de renda, seja no acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade.

A equidade não é somente conquistada com mudanças no sistema por meio de políticas externas para promover a sua efetivação, mas pelo investimento na capacidade transformadora que os sujeitos possuem por meio do empoderamento, da literacia para a saúde, assim a conscientização para melhores escolhas e a busca por ambientes favoráveis para essas se processarem em suas vidas.

CONCLUSÕES

Neste estudo foram abordados os processos formativos de educação em saúde com professores e uma proposta de inserção de ações nas escolas que por meio de projetos pilotos, procura-se trazer a formação em saúde para dentro da formação do professor e não para a do profissional de saúde. Ou seja, estabelecer um elo entre as áreas da saúde e da educação.

No Projeto Piloto os formadores da saúde junto com os professores em sala apreendem como os estudantes percebem a temática saúde e quais os conhecimentos que possuem acerca do tema, bem como refletem na ação, ou seja, sobre práticas pedagógicas organizadas em sequências didáticas para o desenvolvimento da literacia para saúde.

Depreendemos da formação de 2010, que os processos formativos do PROESASUL, nos últimos anos, tiveram condutas discerníveis de acordo com os momentos históricos presentes na saúde e na educação. Na saúde, passamos de uma visão fragmentária, descontextualizada, para a lógica da promoção da saúde. Na educação, desde os modelos de treinamento da década de 1990, às perspectivas psicopedagógicas, e de intercâmbio entre as escolas até o momento de formação atual baseada na prática e no estudo dos contextos educativos aliados à teoria. Tais análises sugerem que, ao discutir a promoção da saúde, um dos princípios fundamentais seja a participação ativa, tendo como pressuposto o processo de empoderamento, mesmo que, a partir das vivências nas escolas, surjam lacunas que precisam ser superadas por políticas públicas que propiciem que as escolhas saudáveis sejam as escolhas mais fáceis. Igualmente sugerem que a Promoção da Saúde precisa, também, ser assegurada por outros setores da sociedade.

Ao alcançarmos este estágio do presente estudo, espera-se que este contribua com as reflexões acerca da formação continuada de educação em saúde e sinalize os caminhos para ações entre os setores saúde e educação baseados no desenvolvimento profissional docente, na reflexividade e, acima de tudo, na aprendizagem contínua dos seus interlocutores.



CONFLITO DE INTERESSES

Não existe conflito de interesses entre os autores na produção deste manuscrito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, G. G., & Aerts, D. (2011). As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 319-325. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>

Brasil, Ministério da Saúde. (2001). Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, (2005). Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: Unidade de aprendizagem – Análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Rio de Janeiro: Brasil. MS/Fio Cruz (pp- 160).

Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde* (pp- 15-38) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cardoso, D. (2013). *Formação continuada de professores: Ação, reflexão, ação na educação em saúde* (Dissertação de mestrado, Universidade Regional de Blumenau). Rio do Sul, Brasil.

Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (Orgs.). (2004). *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (2, reimpr.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cruz, R.G., Bigliardi R.V., Minasi, L.F. (2016). A dialética materialista de Paulo Freire como método de pesquisa em educação. *Conjectura: Filosofia e Educação*, 2014, 19(2): 40-54. Obtido de: <<http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/download/2061/1609>>

Dias, S., & Gama, A. (2014). Promoción da saúde: Evolución de um paradigma e desafios contemporáneos. *Revista de Salud Pública*, 16(2), 307-317. <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n2.36932>

Imbernón, F. (2010) Formação continuada de professores. Porto Alegre: Artmed.

Nubeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.

Portaria nº 2.446. (2014, novembro 11). Redefine a política nacional de promoção da saúde (PNPS) [Brasil]. Diário Oficial da União (seção 1), 220, pp. 68-70.

Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, 3(11, Supl), 95-99.

Sigerist, H. E. (1946). *The university at the cross roads*. New York: Henry Schumann Publishers.

World Health Organization. (2005). Bangkok charter for health promotion in the a globalized world. Geneve: WHO. Obtido de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

World Health Organization. (2009). Nairobi call to action. Obtido de http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/Nairobi_Call_to_Action_Nov09.pdf



SAÚDE DO IDOSO E SEUS CUIDADORES

ESTUDO DA OSTEOPOROSE EM MULHERES PORTUGUESAS COM MAIS DE 50 ANOS: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E ADESÃO À TERAPÊUTICA	163
PROMOÇÃO DA LITERACIA E CAPACITAÇÃO DE PESSOAS DIABÉTICAS TIPO 2 IDOSAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	175
PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	185
NÍVEL DE SOBRECARGA SUBJETIVA EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	195
QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DE HUNTINGTON	203
TEMAS A INCLUIR NUM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA, A RESIDIR NO DOMICÍLIO	213
SAÚDE OCUPACIONAL EM CUIDADORES: UM ESTUDO DE CLIMA ORGANIZACIONAL EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS	223

Millenium, 2(ed espec nº1), 163-172.

ESTUDO DA OSTEOPOROSE EM MULHERES PORTUGUESAS COM MAIS DE 50 ANOS: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E ADESÃO À TERAPÊUTICA

STUDY OF OSTEOPOROSIS IN PORTUGUESE WOMEN AGED MORE THAN 50 YEARS: ANALYSIS OF RISK FACTORS AND ADHERENCE TO THERAPEUTIC

ESTUDIO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES PORTUGUESAS DE EDAD SUPERIOR A 50 AÑOS : ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA ADHESIÓN A LA TERAPÉUTICA

Maria João Carvalho¹

Fernando Moreira^{1,2,3}

Cláudia Pinho^{4,5}

Agostinho Cruz^{4,5}

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto, Vila Nova de Gaia, Portugal

²Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal

³Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Portugal

⁴Núcleo de Investigação e Intervenção em Farmácia (NIIF), Portugal

⁵Centro de Investigação em Saúde e Ambiente (CISA), Portugal



RESUMO

Introdução: A osteoporose é uma doença caracterizada por baixa densidade óssea. Em Portugal cerca de 500 mil pessoas sofrem da patologia. Para a implementação de tratamento é necessária a medição da densidade óssea e a avaliação dos fatores de risco. Devido ao caráter assintomático da patologia os pacientes não aderem corretamente à medicação, possuindo um risco aumentado de fratura e comorbilidades associadas.

Objetivo: O estudo teve como objetivos avaliar a relação entre diferentes variáveis e a prevalência de osteoporose e avaliar a adesão à terapêutica em doentes medicados.

Métodos: No estudo foram incluídas mulheres com idade igual ou superior a 50 anos (n=107). A recolha de dados foi feita por questionário e foi realizada a medição da densidade óssea por Ultrassonometria Quantitativa do Calcâneo.

Resultados: Após a medição da densidade óssea, 43.9% das mulheres apresentavam densidade óssea normal, 37.4% osteopenia e 18.7% osteoporose. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a idade ($p=0.000$), a menopausa ($p=0.013$) e o T-score. As inquiridas que tomavam bisfosfonatos, utentes idosas e com períodos de terapêutica superior a 6 meses apresentavam taxas de incumprimento mais elevadas.

Conclusões: A idade, a menopausa e o histórico familiar de osteoporose são fatores de risco para o desenvolvimento da patologia. A idade e o tempo de tratamento levam a uma menor adesão à terapêutica.

Palavras-chave: Osteoporose; Fatores de risco; Diagnóstico; Tratamento

ABSTRACT

Introduction: Osteoporosis is a disease characterized by low bone mass, increased bone fragility and risk of fracture. In Portugal, osteoporosis affects 500 hundred people. The criteria for initiating pharmacological treatment is based on the bone mineral density test and the assessment of risk factors. Due to the asymptomatic condition of the pathology patients don't adhere correctly to the medication which contributes to a higher risk of fracture and comorbidities.

Objective: The aim of this study was to identify variables associated with osteoporosis and evaluate the adherence with osteoporosis treatment.

Methods: We conducted a study including 107 women aged over 50 years old. The data was collected by questionnaire and women were examined using Quantitative Ultrasound of the Calcaneus.

Results: 43.9 % of women were normal, 37.4% had osteopenia and 18.7% had osteoporosis. Increased age ($p=0.000$) and menopause ($p=0.013$) were correlated with T-score. Body mass index ($p=0.380$) was not statistically correlated with T-score. Patients taking bisphosphonates, with older age and with treatments longer than 6 months presented poor adherence to medication.

Conclusions: Age, menopause and family history of osteoporosis were risk factors for the disease. Age and the duration of treatment are factors that exacerbate the poor adherence.

Keywords: Osteoporosis; Risk factors; Diagnosis; Treatment

RESUMEN

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una baja masa ósea y el riesgo de fractura. En Portugal, la osteoporosis afecta 500 centenares de personas. Los criterios para iniciar el tratamiento farmacológico son el examen de la densidad mineral ósea y la evaluación de los factores de riesgo. Debido a la condición asintomática de la patología, los pacientes no adhieren correctamente a la medicación, con un mayor riesgo de fractura y comorbilidades.

Objetivo: Identificar las variables asociadas con la osteoporosis y evaluar el cumplimiento con el tratamiento de la osteoporosis.

Métodos: El estudio ha incluido 107 mujeres mayores de 50 años de edad. Los datos se recogieron mediante un cuestionario y las mujeres fueron examinadas usando ultrasonido cuantitativo del calcáneo.

Resultados: 43,9% de las mujeres eran normales, 37,4% tienen osteopenia y el 18,7% tenía osteoporosis. El aumento de la edad ($p=0.000$) y la menopausia ($p=0.013$) se correlacionaron con T-score. Índice de masa corporal ($p=0.380$) no fue estadísticamente correlacionada con T-score. Los pacientes que toman bisfosfonatos, la edad avanzada y tratamientos de más de 6 meses son factores de la baja adherencia a la medicación.

Conclusiones: La edad, la menopausia y la historia familiar de osteoporosis son factores de riesgo. La edad y la duración del tratamiento son factores que exacerbaban la falta de adherencia.

Palabras clave: Osteoporosis; Factores de riesgo; Diagnóstico; Tratamiento



INTRODUÇÃO

A osteoporose é definida como uma doença esquelética sistémica, caracterizada por baixa densidade óssea e deterioração microarquitetónica do tecido ósseo. Consequentemente existe um aumento da fragilidade óssea e da probabilidade de ocorrer fratura, sendo as vertebrais e da coluna as mais comuns. É uma doença assintomática, uma vez que o seu diagnóstico só se efetua após a ocorrência de fratura (Kanis, J. et al., 2012).

Em Portugal cerca de 500 mil pessoas sofrem de osteoporose, afetando principalmente mulheres em idade pós menopausa (Sumit, M. et al., 2012).

O diagnóstico da patologia baseia-se na avaliação quantitativa da densidade mineral óssea, permitindo simultaneamente uma avaliação do risco de desenvolvimento de fratura, sendo descrita através do T-score (número de desvios padrão pelo qual a densidade óssea de um indivíduo difere do valor médio esperado em jovens saudáveis) (Kanis, J. et al., 2012; National Osteoporosis Guideline Group, 2016).

A medição da densidade mineral óssea pode ser efetuada por absorção de raios-X (DEXA) ou por Ultrassonometria Quantitativa do Calcâneo (Kanis, J. et al., 2012).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo estudos de diferentes autores o desenvolvimento de osteoporose está associado a dois tipos de fatores de risco, os major e os minor.

São fatores de risco major para a osteoporose idade superior a 65 anos, fratura vertebral prévia, fratura de fragilidade depois dos 40 anos, história familiar de fratura na anca, terapêutica corticóide sistémica com mais de três meses de duração e menopausa precoce (Kanis, J. et al., 2012; Orimo, H. et al., 2012; National Osteoporosis Guideline Group, 2016).

Os fatores de risco minor para a osteoporose são, etnia branca, artrite reumatóide, terapêutica crónica com antiepilepticos, baixo aporte de cálcio na dieta, tabagismo, consumo de duas unidades diárias de álcool, índice de massa corporal menor que 19 kg/m², imobilização prolongada, baixo consumo de proteínas, diabetes mellitus tipo I e II, hiperparatiroidismo, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipogonadismo não tratado em mulheres, ooforectomia bilateral, anorexia nervosa, amenorreia hipotalâmica, quimioterapia para cancro da mama e hipopituitarismo (Kanis, J. et al., 2012; Orimo, H. et al., 2012; National Osteoporosis Guideline Group, 2016).

A prevenção do aparecimento de fraturas engloba atitudes que evitam a frequência e a gravidade das quedas, sobretudo em idosos, assim como terapêutica farmacológica adequada (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2011). É também necessário identificar e corrigir fatores de risco modificáveis (hábitos alimentares e atividade física) (Gambacciani, M. et al., 2014).

A decisão de tratar a osteoporose deve ser baseada na probabilidade de ocorrência de fratura relacionada com a idade, associada aos fatores de risco clínicos e não apenas no valor da densidade mineral óssea (Gambacciani, M. et al., 2014).

A terapia farmacológica tem como objetivo reduzir possíveis fraturas e diminuir a morbilidade associada às mesmas (Gambacciani, M. et al., 2014). Esta deve ser sempre acompanhada de um aporte diário de cálcio e vitamina D para indivíduos com mais de cinquenta anos, de 1.200mg e 800 a 1,000 unidades internacionais, respetivamente (National Osteoporosis Guideline Group, 2016).

A adesão à terapêutica engloba duas componentes, o cumprimento e a persistência. O cumprimento é a medida em que um paciente atua em conformidade com o prescrito e com o intervalo de dose especificado no folheto informativo do medicamento. A persistência é a duração do tempo desde o início da terapia até à sua descontinuação. É estimado que 1/3 dos pacientes não adere corretamente à terapêutica (Ross, S. et al., 2011).

A má adesão à terapêutica está associada a um aumento do risco de fratura, aumento da frequência de hospitalizações e do uso excessivo de recursos hospitalares comparativamente com a boa adesão (Ross, S. et al., 2011).

Desta forma, considerando os efeitos deletérios da osteoporose e os fatores que podem contribuir para esta, este estudo tem como objetivos: avaliar a relação entre diferentes variáveis (idade, índice de massa corporal, menopausa, histórico familiar, fratura óssea, medicação efetuada, consumo de cálcio e vitamina D concomitantemente com a terapia farmacológica) e osteoporose e avaliar a adesão à terapêutica em doentes previamente medicados para o tratamento da osteoporose.



2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, prospectivo, transversal e observacional.

2.1 Amostra

Participaram mulheres com idade igual ou superior a 50 anos (método de amostragem não probabilística por conveniência), que durante Janeiro a Março recorreram à Farmácia Garantia, no concelho do Porto (Portugal). A amostra final incluiu 107 mulheres.

2.2 Instrumento de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário, aplicado por entrevista, em pré-teste para aferição e validação das perguntas do mesmo.

O modelo do questionário teve como base as recomendações da Associação Nacional Contra a Osteoporose (APOROS), e a Fracture Risk Assesment Tool (FRAX®), uma ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde para avaliar o risco de fratura dos pacientes (APOROS, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2011).

O questionário aplicado abrangeu a caracterização individual da mulher, dados antropométricos, fatores de risco associados à osteoporose, medição da densidade mineral óssea, dados sobre o consumo de medicamentos para tratamento e prevenção da osteoporose, assim como dados relativos à adesão à terapêutica. As respostas eram de natureza aberta ou dicotómica. Após a aceitação das mulheres para participar no estudo, foi obtido por escrito o termo de consentimento informado.

2.3 Procedimentos

A avaliação da densidade mineral óssea foi feita por Ultrassonometria Quantitativa do Calcâneo utilizando um densitómetro da marca Sahara.

Inicialmente foi solicitado ao Senhor Presidente Doutor Agostinho Luís da Silva Cruz, da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, o pedido de autorização para utilização do densitómetro portátil. Após autorização do pedido, foi solicitado ao Diretor Técnico da Farmácia Garantia, Doutor Nuno Evangelista, o pedido de autorização para realização do estudo.

O tratamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao programa Statistical Program for Social Science® 10.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, E.U.A.) com um nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

3. RESULTADOS

Neste estudo participaram 107 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, sendo a idade máxima 88 anos. A mediana foi de 62 anos.

Após a medição da densidade óssea, foram obtidos os seguintes resultados: 43.9% (n=47) das inquiridas apresentavam densidade óssea normal, 37.4% (n=40) osteopenia e 18.7% (n=20) osteoporose.

Observou-se a existência de uma relação linear significativa entre a idade e o T-score ($p \approx 0,000$), com um coeficiente de determinação de 0.973.

A figura 1 representa a relação entre o T-score e o índice de massa corporal. Verificou-se que não existe uma relação linear entre as duas variáveis ($p=0.380$).

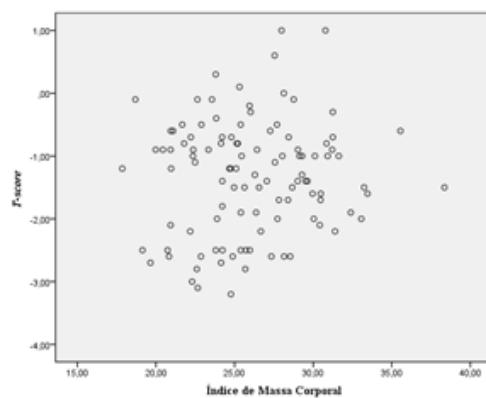


Figura 1- Relação entre o T-score e o índice de Massa Corporal.

Relativamente aos dados ginecológicos, 84.1% (n=90) das inquiridas indicaram que já se encontravam na menopausa. Destas, 37.8% (n=34) apresentavam densidade óssea normal, 41.1% (n=37) osteopenia e 21.1% (n=19) osteoporose. As variáveis densidade óssea e menopausa estão estatisticamente relacionadas ($p=0.013$).

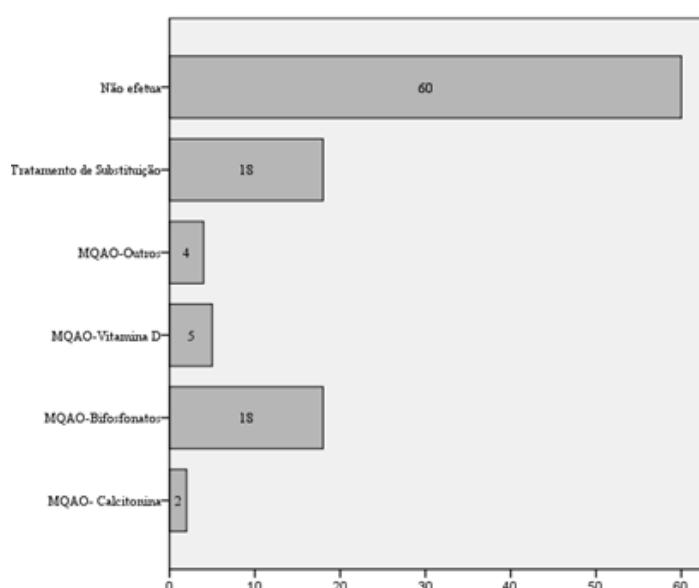
Quando questionadas sobre a presença de histórico familiar de osteoporose, 28% (n=30) das mulheres responderam afirmativamente. Das 30 inquiridas, 40% (n=12) tinham sido diagnosticadas com a patologia em questão. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico de osteoporose e histórico familiar ($p=0.020$).

Foi-lhes questionado se já tinham sofrido alguma fratura óssea decorrente de uma queda ou pancada (fratura de fragilidade), posterior à idade da menopausa, com 20.6% (n=22) de respostas afirmativas. A faixa etária mais comum para ocorrência de fraturas foi entre os 60 e os 69 anos. Existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o desenvolvimento de fratura ($p=0.014$).

No que concerne ao exame de avaliação de densidade óssea, 40.2% (n=43) das mulheres afirmaram já o ter realizado. Observou-se que 16.3% (n=7) das mulheres com idade superior a 65 anos, nunca efetuaram o exame.

Relativamente à terapia farmacológica instituída para tratamento ou prevenção da patologia em questão, 43.9% (n=47) da amostra realizava terapia farmacológica.

A medicação efetuada encontra-se representada na figura 2, em que 56.1% não tinham tratamento instituído, 16.8% efetuava tratamento de substituição, 3.7% MQAO-outros, 4.7% MQAO-vitamina D, 16.8% MQAO-bifosfonatos e os restantes 1.9% MQAO-calcitonina.



Legenda: MQAO- Medicamentos que atuam no osso

Figura 2- Medicação efetuada pelo grupo em estudo, segundo a classificação farmacoterapêutica do Prontuário Terapêutico.



Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o T-score e o consumo de medicação ($p=0.014$).

Das 22 inquiridas com fratura de fragilidade prévia, 55.5% (n=12) realizavam tratamento farmacológico para a osteoporose. Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o consumo de medicação e fratura óssea ($p=0.745$).

Analizando a administração de cálcio e vitamina D concomitantemente com a terapia farmacológica registou-se apenas uma percentagem de 12.1% (n=13) (Tabela 2). Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a administração de cálcio e vitamina D concomitantemente com a terapia farmacológica e o T-score ($p=0.220$).

Tabela 2I- T-score associado ao consumo concomitante de cálcio e vitamina D, com terapia farmacológica.

		T-score			Total
		Densidade óssea normal (T-score > -1)	Osteopenia (-2,5 < T-score < -1)	Osteoporose (T-score < -2,5)	
Consumo de cálcio de vitamina D juntamente com a terapia farmacológica	Sim	15,4% (n=2)	38,5% (n=5)	46,2% (n=6)	100% (n=13)
	Não	41,2% (n=14)	32,4% (n=11)	26,5% (n=9)	100% (n=34)

Relativamente à questão “Cumpre a posologia indicada na embalagem ou pelo profissional de saúde?”, 74.5% (n=35) das inquiridas cumpriam e 25.5% (n=12) não cumpriam. A adesão foi menor nos bifosfonatos. Os motivos para a não adesão foram: dificuldades na toma/posologia (ter de ficar demasiado tempo de pé depois de tomar), correspondendo a 50% (n=6) dos motivos, 21.42% (n=3) por esquecimento, 21.42% (n=2) por sentirem efeitos adversos e 7.1% (n=1) só toma quando se sente pior (Figura 4).

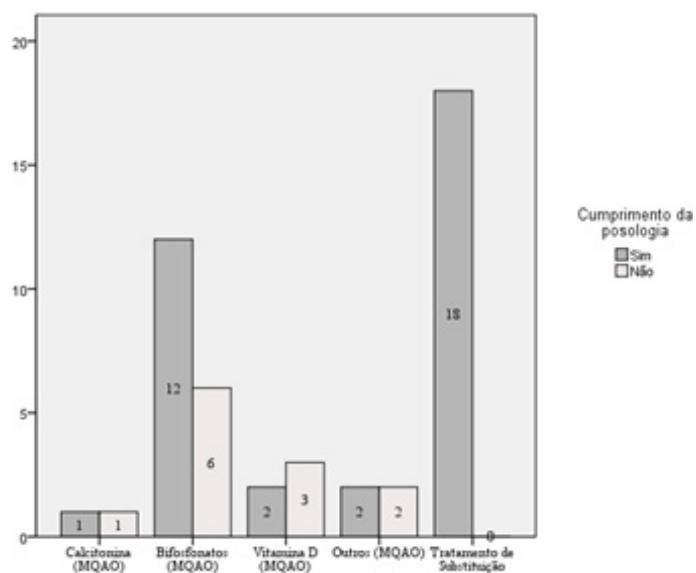


Figura 2- Percentagem de inquiridas que cumpriam a posologia.

A faixa etária dos 70-79 anos foi onde se registou a maior taxa de incumprimento de posologia (50%, n=6).

Observou-se que das 35 mulheres que cumpriam a posologia, 40% (n=14) tinha histórico familiar de osteoporose, comparativamente com os 33.3% (n=4) que tinham histórico familiar de osteoporose, mas não cumpriam a posologia.

As mulheres que cumpriam a posologia apresentavam uma média de T-score de -1.066 e as que não cumpriam apresentaram uma média de -1.486.

Relativamente à última questão “Estaria disponível para responder ao mesmo questionário futuramente, de modo a avaliar a progressão da doença?”, 96.3% (n=103) das inquiridas responderam afirmativamente.



4. DISCUSSÃO

Neste estudo participaram 107 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, altura em que se inicia o período de perda óssea mais acelerada. A densidade mineral óssea normal foi a mais prevalente, seguida da osteopenia e de osteoporose. Este facto pode dever-se à baixa mediana de idades (62 anos). Observou-se que à medida que a idade aumentava o T-score diminuía.

Com o avançar da idade, a densidade mineral óssea diminui e a prevalência da osteoporose aumenta (Lacombe, J. et al., 2016). Isto ocorre devido ao stress oxidativo e a uma maior produção de espécies reativas de oxigénio (Orimo, H. et al., 2012; Silva, A. et al., 2015).

Relativamente ao índice de massa corporal, este não se encontrava estatisticamente relacionado com o T-score. No entanto, o excesso de peso é um fator de risco para a osteoporose (Pavel, O. et al., 2016). Como os dados foram auto reportados existe uma certa tendência para subestimar o peso e a altura, não se observando um T-score mais reduzido em mulheres com índice de massa corporal mais elevado.

Os resultados demonstraram que a osteoporose é mais comum nas mulheres que já se encontram na menopausa, devido à deficiência em estrogénios, pela inadequada mineralização e pela diminuição da capacidade de absorver cálcio (Orimo, H. et al., 2012).

A história familiar de osteoporose é um dos critérios para o diagnóstico da patologia, estando as duas variáveis estatisticamente relacionadas. Mais de 80% da variabilidade na densidade mineral óssea é atribuída a fatores genéticos (Abrahamsen, B. et al., 2014).

A faixa etária com maior número de fraturas está compreendida entre os 60 e os 69 anos, por ser a faixa mais representativa de mulheres com osteoporose. O risco de vir a desenvolver fratura aumenta com a idade, devido à diminuição da densidade óssea e ao aumento da ocorrência quedas (Pisani, P. et al., 2016).

Observou-se que apenas 45,5% das inquiridas com fratura de fragilidade não possuíam tratamento farmacológico instituído. As que não estavam a realizar terapia farmacológica tinham sofrido fraturas no pulso, vértebras, braço, úmero, pé e dedo do pé.

A norma da Direção Geral de Saúde, número 027/2011, intitulada de “Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-Menopáusica” refere que “nas mulheres pós-menopáusicas com fratura de fragilidade prévia deve ser instituída terapêutica antirreabsorbtiva, mesmo na ausência de medição da densidade óssea e independentemente de outros fatores de risco” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2011). À população que não possuía tratamento farmacológico instituído dever-lhes-ia ser prescrita medicação para colmatar a situação.

A baixa taxa de tratamento em pacientes com fraturas em outros locais que não a anca, sugere que os médicos não reconhecem a probabilidade de nova fratura e de esta ter ocorrido como consequência da osteoporose (Berry, S. et al., 2010).

Relativamente à realização de exames de medição de densidade óssea, existiam mulheres com mais de 65 anos que nunca tinham efetuado o exame. A Fundação Nacional da Osteoporose e a norma número 001/2010, da Direção Geral de Saúde (Prescrição da Osteodensitometria na Osteoporose do Adulto), referem que todas as mulheres com idade superior a 65 anos devem realizar o exame (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010).

Observou-se um efeito positivo do consumo de fármacos antiosteoporóticos no T-score. Os bifosfonatos e o tratamento de substituição foram as classes mais utilizadas. Rodrigues et al., estudou 1587 mulheres pós menopáusicas e verificou que a medicação mais comumente prescrita foram os bifosfonatos (18). Estes resultados corroboram os obtidos neste estudo e a Norma número 027/2011 da Direção Geral de Saúde, que indica que os bifosfonatos são a primeira linha de tratamento para a osteoporose (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2011).

Os resultados do estudo demonstraram que mulheres que não consumiam cálcio e vitamina D apresentavam densidades ósseas mais elevadas, contrariando o esperado. No entanto existe a possibilidade de terem sido assimilados através da alimentação. A coadministração de cálcio e vitamina D deve integrar o regime terapêutico, uma vez que diminui em 24% o risco de fratura (Touskova, T. et al., 2015).

No presente estudo observou-se uma taxa de 25,5% de incumprimento de posologia, sendo os bifosfonatos o grupo mais representativo, tal como reportado no estudo de Warriner et al. (Warriner, A. et al., 2010).

Relativamente aos motivos para o não cumprimento da posologia, as dificuldades na posologia foram os motivos mais comuns, no entanto, esta razão foi apenas indicada para o caso específico dos bifosfonatos. O esquecimento, os efeitos adversos e o tomar a medicação só quando se sente pior foram os restantes motivos mais referidos para o não cumprimento da posologia.

Rabenda et al., reportou que os motivos para o incumprimento foram a dose inconveniente e a posologia complicada e os efeitos

adversos. Este problema é mais notório nos bifosfonatos, devido aos cuidados especiais na administração (Huas, D. et al., 2010 ; Rabenda, V. et al. 2010).

Dentro do grupo dos bifosfonatos o ácido alendrónico (formulação semanal) foi o fármaco com menor cumprimento da posologia.

Huas et al., observou um maior nível de cumprimento da posologia e satisfação das mulheres pós-menopáusicas com a administração de formulações mensais, devido ao menor transtorno causado às doentes (20). A menor frequência de doses aumenta em 29% a adesão à terapêutica (Huas, D. et al., 2010; Tandon, V. et al., 2016).

Para os fármacos cujos motivos para a não adesão foi esquecimento deve-se alertar o doente para o uso de lembretes e dispositivos médicos que avisem a hora da toma (Warriner, A. et al., 2010).

Os efeitos adversos sentidos com a toma do raloxifeno e ranelato de estrôncio levaram as inquiridas a não cumprir a posologia. Estes devem ser reportados ao Médico de Família para que se possa encontrar outra opção terapêutica.

Uma inquirida indicou que só consumia calcitonina quando se sentia pior, pois tinha sofrido uma fratura óssea. Nestes casos deve-se alertar o doente para o caráter assintomático da doença, de forma a aumentar a percepção do risco por parte do mesmo, para prevenir complicações e problemas futuros.

Relativamente ao tratamento de substituição e ao teriparatide, as inquiridas indicaram que cumpriam a posologia.

O tratamento de substituição, apesar do efeito positivo no osso, é mais comumente prescrito para alívio dos sintomas vasomotores. Como este fármaco tem um efeito visível na redução dos sintomas anteriormente referidos, apresenta maiores taxas de adesão à terapêutica (Huas, D. et al., 2010)

O teriparatide reportou taxas de adesão elevadas, por ser prescrito em casos de osteoporose severa. Deste modo o paciente perceciona que está em risco de vir a desenvolver uma nova fratura, tendo cuidados redobrados no que toca à toma da medicação (Chan, D. et al., 2016).

Relativamente à idade, a faixa etária dos 70-79 anos foi a que reportou maior incumprimento da posologia. Os idosos estão menos receptivos para receber tratamento para a osteoporose, devido a serem doentes polimedicados e terem uma maior relutância em consumir mais medicamentos (Berry, S. et al., 2010).

O número de mulheres com histórico familiar que cumpre a posologia é bastante superior às que não cumprem. As mulheres com histórico familiar de osteoporose percecionam estar em risco de vir a desenvolver os efeitos deletérios da doença, estando mais receptivas a consumir corretamente a medicação (Warriner, A. et al., 2010).

A média do T-score foi superior em mulheres que cumpriam a posologia comparativamente com as que não a cumpriam. Os doentes que cumprem a posologia possuem um aumento da densidade mineral óssea no quadril, com supressão dos marcadores de remodelação óssea e uma diminuição da ocorrência de fraturas (Tandon, V. et al., 2016).

No final do questionário, 96,3% (n=103) das inquiridas indicou que estaria disponível para responder ao mesmo questionário futuramente. Estes resultados demonstram o interesse das participantes em entenderem se a doença progrediu ou não.

CONCLUSÃO

A osteoporose e as suas manifestações mais graves, as fraturas, constituem um importante problema de saúde pública. A identificação dos fatores de risco, para posterior prevenção e tratamento da doença, reveste-se assim de grande importância.

O presente estudo permitiu concluir que o aumento da idade, a menopausa e o histórico familiar de osteoporose são fatores de risco para o desenvolvimento da patologia.

A adesão à terapêutica foi elevada, demonstrando que, apesar das características dos regimes posológicos, estes eram cumpridos. Não obstante, o aumento da idade e a duração do tratamento são fatores que contribuem para um maior incumprimento da posologia.

A principal limitação encontrada prende-se com o facto de os dados terem sido auto reportados, em que a informação limita-se à exatidão e veracidade do que é reportado pelo utente, não sendo possível controlar.

Em estudos futuros, sugere-se o acompanhamento da amostra por um período de 6 a 12 meses para avaliar a adesão à terapêutica pelo método da contagem de comprimidos e pelo auto relato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahamsen, B., Brask-Lindemann, D., Rubin, K., & Schwarz, P. (2014). A review of lifestyle, smoking and other modifiable risk factors for osteoporotic fractures. *Bonekey Report*, 574(3), 1-10. doi: 10.1038/bonekey.2014.69.

Associação Nacional Contra a Osteoporose. (2012). *Associação nacional contra a osteoporose*. Acedido em: <http://www.aporos.pt/a-osteoporose.html>.

Berry, S., Misra, D., Hannan, M., & Kiel, D. (2010). Low acceptance of treatment in the elderly for the secondary prevention of osteoporotic fracture in the acute rehabilitation setting. *Aging Clinical and Experimental Research*, 22(3), 231–237. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919059/>

Chan, D., Chang, C., Lim, L., Brnabic, A., Tsauo, J., Burge, R., ... Yang, R. (2016). Association between teriparatide treatment persistence and adherence, and fracture incidence in Taiwan: Analysis using the national health insurance research database. *Osteoporosis International*, 27(9), 2855-2865. doi: 10.1007/s00198-016-3611-x.

Gambacciani, M., & Levancini, M. (2014). Hormone replacement therapy and the prevention of postmenopausal osteoporosis. *Przeglad Menopauzalny*, 13(4), 213-220. doi: 10.5114/pm.2014.44996.

Huas, D., Debiais, F., Blotman, F., Cortet, B., Mercier, F., Rousseaux, C., ... Cotté, F. (2010). Compliance and treatment satisfaction of postmenopausal women treated for osteoporosis: Compliance with osteoporosis treatment. *BMC Women's Health*, 10(26), 1-8. doi: 10.1186/1472-6874-10-26.

Kanis, J., McCloskey, E., Johansson, H., Cooper, C., Rizzoli, R., & Reginster, J. (2012). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*, 24(1), 23-57. doi: 10.1007/s00198-012-2074-y.

Lacombe, J., Cairns, B., Green, J., Reeves, G., Beral, V., & Armstrong, M. (2016). The effects of age, adiposity, and physical activity on the risk of seven site-specific fractures in postmenopausal women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 31(8), 1559-1568. doi: 10.1002/jbmr.2826

Langsetmo, L., Barr, S., Berger, C., Kreiger, N., Rahme, E., Adachi, J., ... Goltzman, D. (2014). Associations of protein intake and protein source with mineral density and fracture risk. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 19(8), 861-868. doi: 10.1007/s12603-015-0544-6.

National Osteoporosis Guideline Group. (2014). *Osteoporosis clinical guideline for prevention and treatment*. University of Sheffield .

Organização Mundial de Saúde. (2011). FRAX: *Instrumento de avaliação do risco de fratura da OMS*. Acedido em: <https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=pt>.

Orimo, H., Nakamura, T., Hosoi, T., Iki, M., Uenishi, K., Endo, N., ... Fujiwara S. (2012). Japanese 2011 guidelines for prevention and treatment of osteoporosis: Executive summary. *Archives of Osteoporosis*, 7(1), 3-20. doi: 10.1007/s11657-012-0109-9

Pavel, O., Popescu, M., Nova, L., Mogoanta, L., Pavel, L., Cicas, R., & Traistaru, M. (2016). Postmenopausal osteoporosis: Clinical, biological and histopathological aspects. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 57(1), 121–130.

Pisani, P., Renna, M., Conversano, F., Casciaro, E., Paola, M., Quarta, E., ... Casciaro, S. (2016). Major osteoporotic fragility fractures: Risk factor updates and societal impact. *World Journal of Orthopedics*, 7(3), 171-181. doi: 10.5312/wjo.v7.i3.171.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2011). Norma nº 027/2011 de 29/11/2011: *Tratamento farmacológico da osteoporose pós-menopásica*. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=21174>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). Norma 001/2010 de 30/9/2010: *Prescrição da osteodensitometria na osteoporose do adulto*. Acedido em <http://www.dgs.pt/ms/8/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16678>

Rabenda, V., & Reginster, J. (2010). Overcoming problems with adherence to osteoporosis medication. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10(6), 677–689. doi: 10.1586/erp.

Rodrigues, A., Laires, P., Gouveia, N., Eusébio, M., Canhão, H., & Branco, J. C. (2015). Characterization of osteoporosis in Portugal: Treatment patterns and reasons for under-treatment and non-persistence with pharmacological treatments. *Value Health*, 18(7), 1-8.

Carvalho, M. J., Moreira, F., Pinho, C., & Cruz, A., (2016). Estudo da osteoporose em mulheres portuguesas com mais de 50 anos: Análise dos fatores de risco e adesão à terapêutica. *Millenium*, 2(ed espec nº1), 163-172.

Ross, S., Samuels, E., Gairy, K., Iqbal, S., Badamgarav, E., & Siris E. (2011). A meta-analysis of osteoporotic fracture risk with medication nonadherence. *Value in Health*, 14(4). 571-581. doi: 10.1016/j.jval.2010.11.010.

Silva, A., Rosa, M., Fernandes, B., Lumertz, S., Diniz, R., & Damiani, R. (2015). Factors associated with osteopenia and osteoporosis in women undergoing bone mineral density test. *Sociedade Brasileira de Reumatologia*, 55(3), 223-228. doi: 10.1016/j.rbr.2014.08.012.

Sumit, M., McAlister, F., Johnson, J., Bellerose, D., Siminoski, K., Hanley, D., ... Rowe, B. (2012). Interventions to increase osteoporosis treatment in patients with incidentally detected vertebral fractures. *The American Journal of Medicine*, 125(9), 929-936. doi: 10.1016/j.amjmed.2012.02.021

Tandon, V., Sharma, S., Mahajan, S., Mahajan, A., Khajuria, V., & Gillani, Z. (2016). First Indian prospective randomized comparative study evaluating adherence and compliance of postmenopausal osteoporotic patients for daily alendronate, weekly risedronate and monthly ibandronate regimens of bisphosphonates. *Journal of Mid-life Health*, 5(1), 29-33. doi: 10.4103/0976-7800.127788.

Touskova, T., Vytrisalova, M., Palicka, V., Hendrychova, T., Fuksa, L., Holcova, R., ... Kubena, A. (2015). Drug holidays: The most frequent type of noncompliance with calcium plus vitamin D supplementation in persistent patients with osteoporosis. *DovePress Journal*, 9(1). 1771-1779. doi: 10.2147/PPA.S88630

Warriner A, Curtis J. (2010). Adherence to osteoporosis treatments: Room for improvement. *Current Opinion in Rheumatology*, 21(4), 356–362. doi: 10.1097/BOR.0b013e32832c6aa4

Millenium, 2(ed espec nº1), 175-182.

PROMOÇÃO DA LITERACIA E CAPACITAÇÃO DE PESSOAS DIABÉTICAS TIPO 2 IDOSAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

LITERACY PROMOTION AND EMPOWERMENT OF TYPE 2 DIABETICS ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE

PROMOCIÓN DE LA ALFABÉTIZACIÓN Y LA CAPACITACIÓN DE LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 ANCIANOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Suzete Oliveira¹

Carminda Morais^{2,3}

¹APNOR – Mestrado de Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, Escola Superior de Tecnologia e Saúde do Instituto Politécnico do Porto, Portugal

²CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, Portugal

³ESS/IPVC - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) constitui um grave problema de saúde pública, o qual tem resultado, em avultados custos socioeconómicos. Níveis adequados de literacia em saúde e capacidade de controlo da doença são aspetos exigidos às pessoas diabéticas, os quais são suscetíveis de amplo desenvolvimento.

Objetivo: Analisar os conhecimentos, a capacidade de autocontrolo e a Qualidade de Vida (QV), das pessoas diabéticas tipo 2, com 65 ou mais anos numa unidade de cuidados de saúde primários.

Métodos: O estudo transversal, de natureza exploratório e descriptivo correlacional foi realizado numa amostra de 137 indivíduos, aos quais foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e a versão portuguesa do DES-SF, DKT e EQ-5D.

Resultados: A amostra revela um pobre conhecimento acerca da doença, uma elevada percepção de capacidade de autocontrolo da DM e da QV, sendo as pontuações médias \pm dp do DES-SF, EQ-5D e DKT, 54.34 ± 17.72 ; 3.52 ± 0.69 ; e 0.63 ± 0.30 , respetivamente. Detetou-se uma correlação positiva e significativa entre a capacidade de controlo da DM, os conhecimentos e a QV. Além disso também se encontrou diferenças estatisticamente significativas no DES-SF, no DKT e no EQ-5D perante as habilitações literárias e as complicações da DM.

Conclusões: Os resultados evidenciam a necessidade de programas de educação para a saúde eficazes, assim como aspetos relevantes a ter em conta na sua construção.

Palavras-chaves: Diabetes Tipo 2; Idoso; Conhecimentos; Autocontrole; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a serious public health problem, which has resulted in considerable socio-economic costs. Adequate health literacy levels and empowerment are aspects required to diabetic people, which are capable of extensive development.

Objective: The aim of this study was to analyze the capacity of self-control, the knowledge and the Quality of Life (QoL), of people with type 2 diabetes, aged 65 or older in a unit of primary health care.

Methods: An exploratory and descriptive-correlational study was applied to 137 sample subjects, that responded a sociodemographic and clinical characterization questionnaire and the validated versions for the portuguese population of the DES-SF, DKT and EQ-5D.

Results: The sample shows a poor knowledge about the disease, a high perception of capacity for self-management of DM and QoL; with mean \pm SD scores of $54,34 \pm 17,72$ of DKT, 3.52 ± 0.69 of DES-SF, 0.63 ± 0.30 of EQ-5D. We detected a positive and significant correlation between the ability to control the DM, the knowledge and the QoL. In addition, we also find some statistically significant differences in DES-SF, DKT and EQ-5D before educational attainment and DM complications.

Conclusions: The results reveals the need for effective health education programs, as well as relevant aspects to take into account in its elaboration.

Keywords: Type 2 Diabetes; Elderly; Knowledge; Self-Control; Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es un grave problema de salud pública, lo que ha dado lugar a considerables costes socioeconómicos. Niveles adecuados de alfabetización y capacidad de control de la enfermedad son aspectos necesarios para las personas diabéticas, que son capaces de amplio desarrollo.

Objetivo: Analizar los conocimientos, la capacidad de auto-control y la Calidad de Vida (CV) de las personas con diabetes tipo 2, con 65 o más años en una unidad de atención primaria.

Métodos: Este estudio transversal de naturaleza exploratorio y descriptivo-correlacional se realizó en una muestra de 137 individuos, que se les aplicó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica y la versión portuguesa de la DES-SF, DKT y EQ-5D.

Resultados: La muestra revela un escaso conocimiento acerca de la enfermedad, una alta percepción de la capacidad de autocontrol de la DM y de la CV; las puntuaciones medias \pm dp en el DES-SF, EQ-5D y DKT, 54.34 ± 17.72 ; $03:52 \pm 0.69$; e 0.63 ± 0.30 , respectivamente. Detectamos una correlación positiva y significativa entre la capacidad de control de la DM, los conocimientos y la CV. Además también encontramos diferencias estadísticamente significativas en el DES-SF, en el DKT y en el EQ-5D perante las habilitaciones literarias y las complicaciones.

Conclusiones: Los resultados muestran la necesidad de programas de educación para la salud eficaces, así como aspectos relevantes a tener en cuenta en su construcción.

Palabras Clave: Diabetes Tipo 2; Anciano; Conocimiento; Autocontrol; Calidad de Vida.

INTRODUÇÃO

A DM é uma doença crónica pandémica, que comporta um elevado peso em termos de complicações e um crescente consumo de cuidados de saúde e de custos financeiros, diretos e indiretos. Contudo através de medidas apropriadas este cenário poderá ser reversível (OND, 2015). Assim, pretende-se com este estudo, analisar os conhecimentos específicos, a capacidade de auto controlo e a QV das pessoas com DM tipo 2, com 65 ou mais anos, com vista a intervir na capacitação dos mesmos com base na evidência produzida.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No ano de 2013, mais de 382 milhões de pessoas no mundo eram portadoras de DM, isto é 8,3% da população mundial, prevendo-se que até 2040, estes valores continuem a subir de forma exponencial, atingindo nessa altura os 642 milhões de indivíduos (IDF, 2015). Destes, 46.5 % dos sujeitos desconhecia o seu diagnóstico, evoluindo assim, a patologia de forma insidiosa. No caso concreto de Portugal, apesar de a DM integrar uma das oito áreas de saúde, definidas como prioritárias pelo Governo e constituir objeto de um programa específico no âmbito do Plano Nacional de Saúde, esta apresenta uma das maiores taxas de prevalência da Europa. Segundo o Observatório Nacional da Diabetes (OND), no total de 7,7 milhões de pessoas, entre os 20 e os 79 anos de idade, mais de um milhão eram portadores desta patologia crónica, em 2014, ou seja, aproximadamente 13.1 % da população nacional, representando as pessoas idosas mais de um quarto das pessoas diabéticas (OND, 2015).

Neste sentido, tratando-se de uma doença que acarreta alterações complexas na vida diária dos indivíduos e que requer cuidados prolongados e contínuos, onde as pessoas diabéticas são responsáveis por 98% desses mesmos cuidados, torna-se indispensável que possuam conhecimentos sobre a doença e o seu tratamento e que integrem nas suas vidas, novos comportamentos. A promoção da literacia e a capacitação das pessoas diabéticas passa pela implementação efetiva de programas de educação para a saúde, facilitadores da mudança e da opção de metas realistas e pessoalmente significativas, tornando-as ativas e críticas no seu próprio cuidado. Desta forma, dadas as diversas evidências demostradas na literatura sobre o impacto de programas de educação estruturados e adaptados às especificidades da população alvo, promotores da literacia é esperável uma redução significativa dos custos humanos e socioeconómicos e melhorias da QV das pessoas com DM (Aghili et al., 2013).

2. MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se por ser transversal, de natureza exploratória e descriptivo-correlacional. Desenvolveu-se em cuidados de saúde primários, em 4 Unidades de Saúde Familiar de um Agrupamento de Centros de Saúde. A amostra foi constituída por 137 indivíduos com diabetes tipo 2, com 65 ou mais anos de idade, inscritos na consulta de DM. O acompanhamento há pelo menos 3 meses e a ausência de patologias do foro psiquiátrico constituíram critérios de inclusão.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha de informação foi efetuada com base em quatro instrumentos, a saber: questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, Escala de Capacidade de Controlo da Diabetes – versão breve (DES-SF); Teste Breve de Conhecimentos sobre a Diabetes (DKT); e Questionário para a QV EuroQol (EQ-5D). As escalas utilizadas encontram-se traduzidas e validadas para a população portuguesa pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

A escala de Capacidade de Controlo da Diabetes (DES) mede a autoeficácia psicossocial das pessoas com DM. A versão utilizada contém 8 itens, construídos a partir do questionário original que contém 37, representando este, 8 dimensões conceituais (i.e., avaliar a necessidade de mudança; desenvolver um plano; ultrapassar barreiras; pedir apoio; apoiar-se; lidar com a emoção; motivar-se; e fazer escolhas de cuidados da diabetes adequadas às prioridades e às circunstâncias de cada um). As respostas são escolhidas entre o 1 e o 5, sendo que o 1 simboliza “Discordo completamente” e o 5 “Concordo completamente”. A fiabilidade, determinada pelo Alfa(α) de Cronbach, para o DES-SF foi de 0.85, sugerindo uma boa consistência interna (Anderson, Fitzgerald, Gruppen, Funnell, & Oh, 2003).

O DKT é composto por 23 itens relativos ao conhecimento geral sobre a diabetes. Os primeiros 14 são aplicáveis a pessoas não insulino-tratadas, sendo a totalidade do questionário adequado a pessoas insulinotratadas (Fitzgerald et al., 1998). As propriedades psicométricas da versão original fornecem informação sobre a fiabilidade dos vários grupos de itens, bem como um índice de dificuldade (percentagem dos doentes que assinalam corretamente um item) e uma boa correlação item-total para cada item. Relativamente à fiabilidade do instrumento DKT, segundo o estudo efetuado por Fitzgerald et al. (1998), este constructo apresenta um coeficiente $\alpha \geq 0.7$, revelando uma consistência interna razoável.

O EQ-5D é um sistema descritivo, que define a QV relacionada com a saúde em cinco dimensões (mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão), cada uma com três níveis de gravidade (1-nenhum problema; 2-alguns problemas; 3-problemas extremos). Este também inclui uma Escala Visual Analógica, a qual se encontra numerada de 0 a 100, onde o 0 simboliza o pior estado de saúde imaginable e 100, o melhor. Nesta escala, os indivíduos analisados atribuem um valor ao seu estado de saúde atual (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2013). O índice EQ-5D encontra-se numa escala que varia de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte), admitindo, contudo, valores negativos, correspondentes a estados de saúde considerados piores do que morte. Para a população portuguesa está definido o intervalo de -0,5 a 1,0 (Ferreira, Ferreira, Pereira & Oppe, 2014). O alfa de Cronback de 0.716 confere-lhe uma consistência interna razoável (Ferreira et al., 2013).

2.3 Procedimentos

Obtido o parecer favorável da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde da Região Centro, procedeu-se à recolha de informação entre Julho a Agosto de 2015.

Os instrumentos de colheita de dados foram preenchidos pelo investigador. Foram explicadas a finalidade e o objetivo do estudo a cada participante e obtido o seu consentimento informado.

A análise dos dados foi realizada com recurso ao Programa Statistical Package for the Social Science versão 22.0. e a técnicas descritivas e inferenciais (coeficientes de correlação e comparação de médias). O nível de significância adotado foi de 5%.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica

A maioria dos inquiridos era do sexo masculino (53.3%), com uma média de idades \pm dp de 73.9 ± 6.7 (Mínimo = 65 e Máximo = 89) e possuía apenas o ensino básico (65%), sendo salientar que 10.9% não sabia ler nem escrever. Os participantes viviam maioritariamente acompanhados (74.5%).

Do ponto de vista clínico, os inquiridos apresentaram valores médios \pm dp de duração de diagnóstico, de HbA1c e de IMC, respetivamente de 12.5 ± 9.43 anos; 6.5 ± 1.1 % e 28.9 ± 4.2 kg/m². A HTA predomina como patologia associada à DM (31.7%), seguida pelo grupo das dislipidemias (25.4%).

Relativamente à adesão ao tratamento, apenas 35.8% cumpria regularmente a terapêutica nutricional e 33.6% avaliava diariamente a glicemia capilar.

3.2. Autocontrole, conhecimentos e qualidade de vida

No que concerne o autocontrole, a escala DES-SF, em termos de fiabilidade obteve um Alpha de Cronbach de 0.73, o que segundo Maroco e Garcia-Marques (2006) revela uma consistência interna razoável. A média global \pm dp deste constructo foi de $3,52 \pm 0,69$. Com base na Tabela 1 verificámos que os itens 4 e 6 possuem as médias mais elevadas, com respetivamente 4,01 e 4,07. Em oposição, os itens 1 e 3 obtiveram médias bastante baixas, relativamente à média global, com respetivamente 3,04 e 2,91.

Tabela 1. Resultados do questionário DES-SF

Em geral, eu acredito que:	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. ...sei identificar os aspetos dos cuidados a ter com a minha diabetes com os quais estou insatisfeito.	18	20	56	25	18	3,04	1,18
2. ...consigo atingir as metas relativas à minha diabetes.	2	5	46	50	34	3,80	0,91
3. ...posso encontrar diferentes formas de ultrapassar os problemas para atingir as metas relativas à minha diabetes.	36	13	36	31	21	2,91	1,41
4. ...consigo arranjar forma de me sentir melhor mesmo tendo diabetes.	1	8	31	46	51	4,01	0,95
5. ...sei como lidar de forma positiva com o stress relacionado com a minha diabetes.	6	19	28	34	50	3,75	1,21



6. ...posso pedir ajuda por ter e para tratar a diabetes sempre que necessito.	8	8	25	21	75	4,07	1,22
7. ...sei o que me ajuda a estar motivado/a para cuidar da minha diabetes.	19	21	35	38	24	3,20	1,29
8. ...me conheço suficientemente bem para fazer as melhores escolhas para cuidar da minha diabetes.	12	9	48	51	17	3,38	1,07

*Legenda: (1) Discordo completamente; (2) Discordo um pouco; (3) Não concordo nem discordo; (4) Concordo um pouco; (5) Concordo completamente; (6) Média; (7) dp; n= 137

O índice global médio de conhecimentos \pm dp foi de $54,34 \pm 17,72$, sendo semelhante entre indivíduos não-insulinotratados (n= 116) e insulinotratados (n=21), com respetivamente $54,25 \pm 18,29$ e $54,87 \pm 14,52$. Verificou-se uma elevada falta de conhecimento sobretudo relacionada com a identificação de alimentos compostos maioritariamente por lípidos, o significado clínico de HbA1c, a seleção de alimentos mais apropriados de acordo com as características calóricas, a proveniência de determinados sintomas da doença e a identificação das complicações associadas à DM. A percentagem de respostas erradas aos itens referidos é respetivamente de 75.2%, 67.9%, 65%, 50.4% e 44.5%.

Quanto ao índice de QV obteve-se uma média \pm dp de $0,63 \pm 0,30$, destacando-se os problemas de Mobilidade (42.3 %) e à Dor/ Mal-estar (58.4%). A análise inferencial evidenciou uma correlação estatisticamente significativa entre os constructos em estudo, ou seja, entre a capacidade de controlo e os conhecimentos ($rp = 0.36$, $p < 0.001$), a capacidade de controlo e a QV ($rp = 0.36$, $p < 0.01$) e entre os conhecimentos e a QV ($rp = 0.19$, $p < 0.05$).

Na Tabela 2 é possível verificar algumas particularidades em estudo. Assim, foram os homens que avaliaram de forma mais positiva a capacidade de controlo ($t = -3.16$, $p < 0.01$) e detinham melhor QV ($t = -3.64$, $p < 0.001$). Contudo, não foram encontradas diferenças significativas relativamente aos conhecimentos. As pessoas com menos idade apresentavam melhores conhecimentos ($t = 2.82$, $p < 0.01$) e QV ($t = 2.83$, $p < 0.01$), não havendo diferenças significativas na capacidade de controlo. Verificou-se também que a melhores níveis de escolaridade correspondem a melhores resultados globais referente à capacidade de controlo ($t = -3.69$, $p < 0.001$), conhecimentos ($t = -5.84$, $p < 0.001$) e QV ($t = -2.30$, $p < 0.05$).

Em termos clínicos, destaca-se o facto das pessoas com diagnóstico há mais de cinco anos ($t = -3.73$, $p < 0.001$) possuírem apenas maior percepção de autocontrole e as que não possuem nenhuma complicações registarem melhor capacidade de controlo ($t = -2.36$, $p < 0.05$), conhecimentos ($t = -2.58$, $p < 0.05$) e QV ($t = -2.26$, $p < 0.05$). Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as variáveis em estudo e o tipo de tratamento, a hemoglobina glicada e o IMC.

Tabela 2. Efeito das variáveis sociodemográficas e clínicas sexo ao nível da capacidade de controlo da DM (DES-SF), dos conhecimentos sobre a doença (DKT) e da QV (EQ-5D)

Variável	n	DES-SF		DKT		EQ-5D	
		Média	t-Student	Média	t-Student	Média	t-Student
Sexo	Masculino	73	67.25	-3.16**	56.67	-1.66	0.71
	Feminino	64	58.11		51.68		0.53
Idade	< 75 anos	83	64.53	1.32	57.70	2.82**	0.68
	≥ 75 anos	54	60.59		49.18		0.54
Habilidades Literárias	≤ E. Básico	104	60.07	-3.69***	49.88	-5.84***	0.59
	> E. Básico	33	72.16		68.41		0.73
Duração da Doença	≤ 5 anos	37	54.39	-3.73***	50.71	-1.47	0.57
	> 5 anos	100	66.16		55.69		0.65
Complicações	Nenhuma	101	65.01	-2.36*	56.63	-2.58*	0.67
	≥ 1	36	57.29		47.94		0.52

Legenda: *p <.05, **p <.01, ***p <.001



4. DISCUSSÃO

O predomínio das pessoas do sexo masculino (53.3%) é congruente com a maior prevalência, desta doença, entre os homens (OND, 2015).

Em relação à idade, obteve-se uma média elevada (aproximadamente 74 anos). O estudo corrobora mais uma vez com as estatísticas apresentadas pela OND (2015), a qual salienta um forte aumento da prevalência da DM com a idade, onde mais de um quarto dos indivíduos entre os 60-79 anos, a nível nacional, tem DM.

O baixo nível de escolaridade, a ter em conta nos programas de educação terapêutica, é transversal à população portuguesa, em particular no grupo etário em estudo (PORDATA, 2016).

Ao analisarmos o suporte social, podemos constatar que os inquiridos têm uma forte retaguarda social. Estes resultados vão de encontro à avaliação efetuada em 2011, pelo INE (2014), na qual apenas 20.2% da população com 65 ou mais anos vivia sozinha. Porém é necessário referir que a percentagem de idosos a viver sozinhos está a aumentar gradualmente desde 1991 (Cunha, Chibante, & André, 2014).

Também os valores de IMC obtidos são preocupantes, com 28.9% a ter excesso de peso mas com valores muito próximos da obesidade tipo I. Segundo a OND (2015) a prevalência da DM, em pessoas obesas é cerca de quatro vezes maior do que nas pessoas com um IMC normal.

Quanto às patologias coexistentes, constatámos que a HTA (31.7%) e as dislipidemias (25.4%) foram as patologias mais referenciadas. Estas conclusões são coincidentes com os resultados da medição da pressão arterial, em que 22.6% dos indivíduos registaram valores compatíveis com tensão normal alta e 40.9% com HTA. Também o estudo efetuado por Dias, Martins, Belo e Fiúza (2010) aponta no mesmo sentido.

Concernente à frequência de avaliação da glicemia, 33.6% dos participantes avaliam-na diariamente, manifestando assim, mais de um quarto da amostra, um controlo regular dos valores da glicose no sangue. Quanto à adesão à terapêutica nutricional verificou-se que somente 35.8% cumpre regularmente a dieta. Os resultados apresentados são deveras preocupantes, na medida em que a adoção de comportamentos saudáveis é praticamente duas vezes mais efetiva do que o tratamento farmacológico, no controlo desta doença (Costa, Balga, Alfenas, & Cotta, 2011).

Quanto ao autocontrole encontramos uma pontuação média relativamente boa, mas com grande amplitude nas respostas obtidas, sendo os itens 4 e 6 os que possuem uma média mais elevada, com respetivamente 4,01 e 4,07, o que demonstra que a grande maioria dos inquiridos aceita a sua doença e perceciona um elevado suporte social. Em oposição, os itens 1 e 3 obtiveram uma média bastante mais baixa relativamente à média global com respetivamente 3,04 e 2,91, revelando assim, uma percepção de baixo conhecimento sobre os aspetos relacionados com insatisfação nos cuidados com esta doença, bem como dificuldade em encontrar diferentes formas para superar os problemas e atingir as metas. Tejada et al. (2012) refere que esta doença crónica será melhor gerida quando o utente assumir o controlo do seu tratamento em termos de adesão às prescrições de saúde e mudanças de estilos de vida. Todavia, constata-se, uma fraca capacidade de controlo dos sujeitos em termos de alcance de valores considerados adequados, em relação ao peso e pressão arterial. Em contrapartida grande parte dos inquiridos possui valores de HbA1c dentro dos limites considerados adequados (média de 6.5%).

Relativamente aos conhecimentos específicos sobre a doença, estes são baixos, sobretudo em aspetos primordiais na autogestão da doença. De facto, o baixo conhecimento acerca da DM em pessoas diabéticas é evidenciado por vários estudos (Morais, Pimenta, Ferreira, Boavida, & Amorim, 2015; Adsani, Moussa, Jasem, Abdella, & Hamad, 2009).

Por último, a QV registou um valor bastante positivo, comparando com os resultados obtidos de 0,76 para a população em geral, sem doença crónica de Ferreira et al. (2014) ou quando analisado com os valores resultantes do estudo de Morais et al. (2015) de 0,65 para a população diabética tipo 2, dado que contradiz o estereótipo presente na sociedade de que o envelhecimento é uma etapa de deterioração e incapacidade eminentes.

A associação muito significativa entre a capacidade de controlo da DM e os conhecimentos acerca da doença é corroborada na literatura (Morais et al., 2015; Tejada et al., 2012; Handley, Pullon, & Giford, 2010). Alguns investigadores salientam de à necessidade da capacidade de controlo na DM se associarem conhecimentos robustos, a fim de serem tomadas decisões informadas e baseadas em evidências, nas tarefas exigidas pela doença (Tejada et al., 2012).

O presente estudo evidenciou também maior percepção de autocontrolo e da QV no sexo masculino, em congruência com outras investigações (Morais et al., 2015; Somappa, Venkatesha, & Prasad, 2014), sem contudo haver diferenças em termos de conhecimentos. Estes resultados são explicados, pelo menos em grande medida, pelas questões de género e cultura, implicando a sua desconstrução no sentido da promoção efetiva da literacia destas pessoas.



Quanto à idade conclui-se que esta tem influência no domínio dos conhecimentos acerca da doença e na QV, tendo as pessoas mais jovens obtido melhores scores nos três instrumentos. Estes resultados vão de encontro a outros estudos (Cunha et al., 2014; Somappa et al., 2014; Tanqueiro, 2013). Em oposição, alguns trabalhos nesta área obtiveram resultados diferentes, ou seja, à medida que aumenta a idade aumenta a QV (Imayama, Plotnikoff, Courneya, & Johnson, 2011; Redekop et al., 2002; Rubin & Peyrot, 1999). De um modo geral, a análise das diversas componentes da QV, nas pessoas mais velhas evidencia piores resultados na componente física, mas relativamente às componentes psicológicas e sociais, devido aos diversos fatores externos que afetam a QV, não existe congruência na literatura (Imayama et al., 2011).

Relativamente às habilitações literárias e às complicações assevera-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre esta e os três constructos em estudo, tendo as pessoas com escolaridade superior e sem complicações obtido melhores pontuações nas diversas escalas. Diversos são os estudos que corroboram os resultados apresentados (Morais et al., 2015; Ferreira et al., 2014; Aghili et al., 2013, Adsani et al., 2009).

Quanto à duração da doença, apenas foi encontrada uma associação de elevado significado estatístico relacionada com a capacidade de controlo da DM, tendo as pessoas com um diagnóstico superior obtido melhores resultados. Esta diferença significativa foi constatada também por Tol, Shojaeezadeh, Sharifirad, Alhani e Tehrani (2012). Todavia, esta associação pode ser controversa, na medida em que o aumento do diagnóstico da doença pode ter uma influência positiva no autocuidado causado pelo aumento dos conhecimentos acerca da doença (Adsani et al., 2009) mas também, pode levar à perda de motivação ao longo do tempo, devido às múltiplas exigências do tratamento (Tanqueiro, 2013).

Relativamente ao IMC, HbA1c e ao tipo de tratamento e suas relações com as variáveis em estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que deve ser também integrado em programas de intervenção específica.

CONCLUSÕES

O presente estudo demonstrou um pobre conhecimento acerca da doença, uma elevada percepção da capacidade de autocontrolo da DM e da QV, no sexo masculino, nas pessoas mais jovens, com mais escolaridade, maior duração da doença e sem complicações. Neste sentido apela-se ao desenvolvimento de programas de educação para a saúde mais efetivos, adaptados aos indivíduos, que tenham em conta os resultados encontrados na sua elaboração. Contudo, para o efeito é necessário formar profissionais de saúde, de forma a adquirirem competências não só técnicas mas também comunicacionais e relacionais, orientadas para o envolvimento afetivo das pessoas diabéticas, não só nas sessões de educação terapêutica, mas também no processo de cuidados na globalidade.

Como limitações do estudo salienta-se o reduzido âmbito geográfico e o tempo alargado despendido na aplicação dos questionários. De futuro seria pertinente avaliar a relação entre a literacia e a numeracia e entre a satisfação das pessoas diabéticas com a comunicação nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adsani, A., Moussa, M., Jasem, L., Abdella, N., & Hamad, N. (2009). The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 35, 121-128. doi: 10.1016/j.diabet.2008.09.005

Aghili, R., Khamseh, M. E., Malek, M., Banikarimi, A. S., Baradaran, H. R., & Valojerdi, E. (2013). Development and validation of diabetes empowerment questionnaire in Iranian people with type 2 diabetes. *International Nursing Review*, 60, 267-273. doi: 10.1111/inr.12007

Anderson, R. M., Fitzgerald, J. T., Gruppen, L. D., Funnell, M. M., & Oh, M. S. (2003). The diabetes empowerment scale—short form (DES-SF). *Diabetes Care*, 26(5), 1641-1642. doi: 10.2337/diacare.26.5.1641-a

Costa, J., Balga, R., Alfenas, R., & Cotta, R. (2011). Promoção da saúde e diabetes: Discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001-2009

Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crónica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, 21-26.

Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiúza, M. (2009). Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(4), 1-29. doi: 10.1016/j.rpedm.2014.02.001

Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Pereira, L. N., & Oppe, M. (2014). EQ-5D Portuguese population norms. *Quality of Life Research*,

23(2), 425-430. doi: 10.1007/s11136-013-0488-4

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.

Fitzgerald, J. T., Funnel, M. M., Hess, G. E., Barr, P. A., Anderson, R. M., Hiss, R. G., & Davis, W. K. (1998). The reliability and validity of a brief diabetes knowledge test. *Diabetes Care*, 21(5), 706-710. doi:10.2337/diacare.21.5.706

Handley, M. A., Shumway, M., & Schilinger, D. (2008). Cost-effectiveness of automated telephone self-management support with nurse care management among patients with diabetes. *Annual of Family Medicine*, 6(6), 512-518. doi: 10.1370/afm.889

Internacional Diabetes Federation. (2015). *Global guideline for type 2 diabetes*. Acedido em http://www.idf.org/sites/default/files/IDF_AnnualReport_2015_WEB.pdf

Imayama, I., Plotnikoff, R., Courneya, K., & Johnson, J. (2011). Determinants of quality of life in adults with type 1 and type 2 diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 115. doi:10.1186/1477-7525-9-115

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach: Questões antigas e soluções modernas* (4 ed., vol. 1). Lisboa: Laboratório de Psicologia.

Morais, C., Pimenta, R., Ferreira, P., Boavida, J., & Amorim, J. (2015). Assessing diabetes health literacy, knowledge and empowerment in northern Portugal. *New Contributions in Information Systems and Technologies: Advances in Intelligent Systems and Computing*, 354, 63-71.

PORDATA base de dados Portugal contemporâneo. (2016). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado: Portugal*. Acedido em <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+3o+residente+com+15+a+64+anos+e+65+e+mais+anos+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-332>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Famílias nos censos 2011: Diversidade e mudança*. Acedido em <http://www.observatoriofamilias.ics.ul.pt/index.php/publicacoes/livros/93-familias-nos-censos-2011>

Redekop, W., Koopmanschap, M., Stolk, R., Rutten, G., Wolffenbuttel, B., & Niessen, L. (2002). Health-related quality of life and treatment satisfaction in dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), p.458-463.

Rubin, R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205-218.

Sociedade Portuguesa Diabetologia, Observatório Nacional da Diabetes. (2015). *Diabetes: Factos e números 2015: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Acedido em <http://www.spd.pt/index.php/observatorio-mainmenu-330>

Somappa, H., Venkatesha, M., & Prasad, R. (2014). Quality of life assessment among type 2 diabetic patients in rural tertiary centre. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 3(4), 415-417. doi:10.5455/ijmsph.2014.260120143

Tanqueiro, M. T. (2013). A gestão do auto-cuidado nos idosos com diabetes: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 151-160.

Tejada, M., Campbell, J., Walker, R., Smalls, B., Davis, K., & Egede, L. (2012). Diabetes empowerment, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 14(7), 630-634. doi:10.1089/dia.2011.0287

Tol, A., Shojaeezadeh, D., Sharifirad, G., Alhani, F., & Tehrani, M. (2012). Determination of empowerment score in type 2 diabetes patients and its related factors. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 62(1), pp. 16-20.

Millenium, 2(ed espec nº1), 185-192.

PREVALÊNCIA E DETERMINANTES DO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

FALL RISK PREVALENCE AND DETERMINANTS IN ELDERLY INSTITUTIONALIZED

PREVALENCIA Y DETERMINANTES RIESGO DE CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Rosa Martins¹

Daniela Campos²

Helena Moreira¹

Carlos Albuquerque¹

Ana Andrade¹

Conceição Martins¹

¹Centro de Estudos em Educação, Tecnologia e Saúde, ESSV, Instituto Politécnico de Viseu Portugal

²Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, Portugal



RESUMO

Introdução: Os idosos institucionalizados apresentam risco de queda aumentado, quando comparado com os idosos não institucionalizados. A questão das quedas deve ser encarada como um grave problema de saúde pública, dadas as suas consequências e custos irreversíveis.

Objetivo: O estudo pretende avaliar o risco e os determinantes das quedas em idosos institucionalizados.

Método: Estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e quantitativo. Utilizou uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 136 idosos institucionalizados, com idades que oscilam entre os 65 anos e os 99 anos de idade, com uma média de idades de 85,98 anos.. Na colheita de dados foi utilizado um protocolo que integrava questões de caracterização sociodemográfica, contextual e clínica. Foram ainda utilizadas as escalas de Funcionalidade Familiar, Escala de Avaliação da Dependência nos Autocuidados e a Escala de Tinetti (POMA I).

Resultados: A maioria da amostra apresenta risco de queda, uma vez que cerca de 45,6% dos idosos apresenta elevado risco de queda, 16,2% médio risco e 38,2% baixo risco. Verificámos ainda que o risco de queda era maior nos idosos: do género feminino ($p=0,014$), com baixa literacia ($p=0,000$), com défice cognitivo ($p=0,014$), portadores de doenças neurológicas e osteoarticulares ($p=0,000$), e com diminuição da acuidade visual e auditiva. ($p=0,010$).

Conclusões: Inversamente, os idosos mais autónomos na marcha, na higiene pessoal e na tomada da medicação eram aqueles que apresentam menor risco de queda.

Palavras-chaves: Idosos; Risco de queda; Institucionalização; Capacidade funcional; Equilíbrio

ABSTRACT

Introduction: The institutionalized elderly are at increased risk of falling compared to the non-institutionalized elderly . The issue of falls should be seen as a serious public health problem , given its consequences and irreversible costs.

Objective: The study aims to assess the risk and determinants of falls in institutionalized elderly .

Methods: non-experimental , cross-sectional, descriptive and correlational and quantitative study . Used a non-probabilistic convenience sample consisting of 136 institutionalized elderly with ages ranging between 65 and 99 years old with an average age of 85.98 years .. The data collection was used a protocol that integrated issues of socio-demographic characterization , and clinical context . They also used the scales of Family Functioning, Addiction Rating Scale in the Self-care and Tinetti Scale (POMA I).

Results: The majority of the sample has downside risk, since about 45.6% of the elderly has a high risk of falling, 16.2% and 38.2% medium risk low risk. We have further found that the risk of loss was higher in the elderly: female gender ($p = 0.014$) with low literacy ($p = 0.000$), with cognitive impairment ($p = 0.014$), neurological disorders and osteoarticular ($p = 0.000$) and with reduced eyesight and hearing. ($P = 0.010$).

Conclusions: Conversely, more autonomous elderly gait, personal hygiene and medication taken were those with lower risk of falling.

Keywords: Elderly; Risk of falls; Institutionalization; Functional ability; Balance

RESUMEN

Introducción: Ancianos institucionalizados tienen un mayor riesgo de caídas en comparación con las personas mayores no institucionalizadas. La cuestión de caídas debe ser visto como un problema grave de salud pública, teniendo en cuenta sus consecuencias y costos irreversibles.

Objetivo: El estudio tiene como objetivo evaluar el riesgo y los factores determinantes de caídas en ancianos institucionalizados.

Métodos: estudio no experimental, transversal, descriptivo y correlacional y cuantitativa. Se utiliza una muestra no probabilística que consta de 136 ancianos institucionalizados con edades comprendidas entre 65 y 99 años de edad, con una edad promedio de 85.98 años .. La recolección de datos se utilizó un protocolo que problemas integrados de la caracterización socio-demográfica, y el contexto clínico. También utilizaron las escalas de funcionamiento de la familia, la adicción Escala de Valoración en el auto-cuidado y la Escala de Tinetti (POMA I).

Resultados: La mayoría de la muestra tiene riesgo a la baja, ya que alrededor del 45,6% de los ancianos tiene un alto riesgo de caer, el 16,2% y el 38,2% de riesgo medio-bajo riesgo. También se ha encontrado que el riesgo de pérdida fue mayor en los ancianos: el sexo femenino ($p = 0,014$), con bajo nivel de alfabetización ($p = 0,000$), con deterioro cognitivo ($p = 0,014$), trastornos neurológicos y osteoarticular ($p = 0,000$) y con visión reducida y el oído. ($P = 0,010$).

Conclusiones: Por el contrario, la marcha más autónomos de edad avanzada, la higiene personal y medicamentos que se toman son los que tienen un menor riesgo de caer.

Palabras Clave: Ancianos; Riesgo de caídas; Institucionalización; Capacidad funcional; Equilibrio



INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos mais importantes do séc. XXI, principalmente nas sociedades ditas desenvolvidas, sobretudo pelas implicações pessoais familiares sociais e económicas que acarreta (Drago & Martins, 2012). As sociedades têm feito tentativas de ajustamento progressivo transformando o que era considerado no passado uma fatalidade, em oportunidade de um envelhecimento ativo em que se promove a participação e a independência do idoso (Ribeiro & Paul, 2011).

O conceito de idoso varia de acordo com as dimensões consideradas, sendo que biologicamente, o envelhecimento é um processo que se inicia logo desde o nascimento, socialmente, varia de acordo com o momento histórico e cultural e, intelectualmente, o indivíduo envelhece quando as suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração. Sob o ponto de vista económico, o envelhecimento acontece quando a pessoa se reforma e deixa de ser produtiva para a sociedade. Por último, e não menos importante o envelhecimento funcional surge, quando o indivíduo perde a sua independência e necessita de suporte nas suas atividades de vida diária (Silva, 2009).

No contexto da União Europeia, Portugal situa-se abaixo da média na proporção de jovens e acima da média na proporção de idosos, estando por isso entre os países mais envelhecidos da União. O índice de envelhecimento em Portugal era de 136 idosos por cada 100 jovens em 2013, destacando-se o Alentejo como a região mais envelhecida e a Região Autónoma dos Açores como a menos envelhecida (INE, 2014). Na região Centro de Portugal (área geográfica de realização do estudo) cerca de 23% da população tem idade igual ou superior a 65 anos, e em contrapartida os jovens com idade inferior a 14 anos correspondem somente a 13% da população total (INE, 2015). Este fenómeno do envelhecimento demográfico da população, aliado às alterações observadas nos últimos anos nas dinâmicas familiares, conduz a uma crescente procura das instituições para idosos como resposta às necessidades sentidas. São vários os fatores que levam os idosos a recorrerem à institucionalização estando estes relacionados com: falta de apoio familiar, falta de habitação condigna, falta de recursos económicos e dependência no autocuidado (Carvalho & Dias, 2011).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As dependências dos idosos são variadas e estão associadas a um sem número de alterações físicas e neurológicas tornam a pessoa idosa mais vulnerável à ocorrência de acidentes, com principal enfoque nas quedas. Os acidentes domésticos têm como principal mecanismo de lesão a queda, aumentando esta com a idade, chegando nas pessoas com mais de 75 anos a representar cerca de 90% das ocorrências (Contreiras, Rodrigues & Nunes, 2011).

Os idosos institucionalizados, apresentam um risco de queda aumentado, quando comparados com os idosos que vivem na comunidade e segundo WHO (2007), 30-50% dos idosos que se encontram institucionalizados caem todos os anos e 40% destes têm quedas recorrentes. As quedas resultam da interação complexa de vários fatores, que podem ser categorizadas em várias dimensões: biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica. Relativamente à dimensão biológica, existem fatores considerados não modificáveis (idade, género e raça) e modificáveis (doenças crónicas, declínio das capacidades físicas, afetivas e cognitivas). A dimensão comportamental diz respeito às ações humanas, ou seja às emoções e às escolhas que cada um faz no seu dia a dia, como por exemplo, vida sedentária, abuso de álcool, calçado inadequado, entre outros. A dimensão ambiental, comporta todo o meio envolvente ao indivíduo como o design e adaptação dos edifícios, chão escorregadio, falhas ou superfícies não niveladas, luz insuficiente, entre outros. Por fim, a dimensão socioeconómica, engloba todos os fatores passíveis de serem alterados pela sociedade, como o nível educacional, condições de habitabilidade, nível de acesso aos cuidados de saúde, entre outros (WHO, 2007).

De facto numa altura em que cada vez mais, se fala do impacto económico que as diversas doenças ou acontecimentos podem provocar, as quedas constituem um importante custo no plano de assistência, podendo estes custos ser diretos como a visita ao médico, conta do hospital, reabilitação, exames complementares de diagnóstico, medicação, entre outros, ou indiretos como a morbilidade e mortalidade do indivíduo (Lord, et al, 2007).

As consequências das quedas são múltiplas, porém contribuem na maioria das vezes para o aumento da dependência funcional do idoso após as mesmas. Por estas razões, as investigações sobre as quedas em idosos institucionalizados no sentido da sua compreensão nas diferentes dimensões, constituem inegáveis mais valias na reformulação dos cuidados da prática clínica, sobretudo no âmbito das competências dos enfermeiros especialistas de reabilitação.



2. MÉTODOS

Conceptualizou-se um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional de cariz quantitativo, que teve como principal objetivo identificar o risco de quedas presente em idosos institucionalizados e verificar em que medida variáveis sociodemográficas clínicas e psicossociais estão associadas a esse risco.

Selecionou-se uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 136 idosos institucionalizados da região geográfica do concelho de Viseu. A elegibilidade dos participantes emergiu dos seguintes critérios de inclusão: possuir mais de 65 anos de idade, estar institucionalizado e apresentar capacidade cognitiva de colaboração no estudo (avaliada através do Mini Mental State Examination).

A colheita de dados decorreu entre Fevereiro e Maio de 2015 e o instrumento de colheita de dados utilizado integrava quatro secções: a primeira referente à caracterização sociodemográfica, a segunda referente à caracterização clínica; a terceira referente à caracterização familiar (Escala da Funcionalidade Familiar), e avaliação da dependência nos autocuidados (Escala de Avaliação da Dependência nos Autocuidados); e por último a quarta secção referente ao historial de queda e à avaliação do risco de queda através do Índice de Tinetti. Todas estas escalas já foram testadas e validadas para a população portuguesa.

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com autorizações por parte dos órgãos Diretivos das Instituições e respetivas Comissões de Ética, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. O tratamento estatístico foi efectuado através do programa Statistical Package Social Science versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft, e foi processado utilizando estatística descritiva e estatística inferencial.

3. RESULTADOS

Os idosos da nossa amostra apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 99 anos, com uma média de idades de 85,98 anos e maioritariamente (76,6%) do sexo feminino. O estado civil mais prevalente é a viuvez (60,7%), e os níveis de escolaridade encontrados são genericamente baixos (1º e 2º ciclo para 73,4%). Apesar da sua institucionalização, a maioria (56,4%) dos idosos perceciona integrar famílias altamente funcionais.

Em termos clínicos, constatámos que as patologias com maior representatividade eram: as cardíacas (70,6%), as osteoarticulares (62,5%) e as neurológicas (55,1%). Encontramos idosos polimedicados e os grupos farmacológicos com maior relevância para o estudo eram os anti hipertensores (57,4%), sedativos (54,6%) e diuréticos (51,5%).

Apresentavam diminuição da acuidade auditiva (78,5%) diminuição da visão (62,2%), e dificuldades de mobilidade (54,2%), contudo raras vezes sentem dor (52,6%) e apenas 33,3% dos idosos admitiu ter frequentado programas estruturados de reabilitação.

As quedas estão presentes nestes idosos institucionalizados, uma vez que 27,2% refere ter sofrido pelo menos uma queda, nos últimos doze meses de institucionalização. O período diurno é aquele onde a maioria das quedas ocorre (81,1%), sendo o quarto o espaço da residência onde esta acontece com mais frequência (46%). O motivo principal da queda é o “escorregar” (62,2%) e as consequências resultantes levam 75,7% dos idosos a recorrer aos serviços de saúde para assistência.

Considerando o risco de queda (pela análise da tabela 1) verificámos que 45,6% dos nossos participantes apresenta risco elevado, 38,2% baixo risco e 16,2% risco médio. O estudo comparativo entre homens e mulheres revela que as mulheres apresentam maioritariamente risco elevado de queda (51,0%), enquanto os homens apresentam baixo risco (53,0%), porém as diferenças estatísticas não significativas ($\chi^2=5,227$; $p=.073$). A apresentação de resultados deverá ser objetiva e completa, permitindo compreender as análises efetuadas.

Tabela 1 – Risco de Queda (por grupos) segundo o género

Género	Masculino		Feminino		Total		Teste Qui-Quadrado:
	N (34)	% (25,0)	N (102)	% (75,0)	N (136)	% (100,0)	
Alto	10	29,4	52	51,0	62	45,6	$\chi^2=5,227$; $p=0,073$
Médio	6	17,6	16	15,7	22	16,2	
Baixo	18	53,0	34	33,3	52	38,2	



A análise inferencial do estudo sobre as correlações existentes entre as variáveis mostrou que os idosos com maior risco de quedas eram do sexo feminino ($p=0,014$), possuíam menores habilitações académicas (1º ciclo, $p=0.000$), eram portadores de patologias neurológicas e osteoarticulares ($p=0.000$) e tomavam diariamente benzodiazepinas, neurolépticos, diuréticos e antidiabéticos orais ($p=0.012$).

Paralelamente, os idosos com diminuição da acuidade auditiva e visual ($p=0.010$) com uso de oxigénioterapia ($p=0.010$), sem frequência de programas de reabilitação ($p=0.039$) e menor autonomia nos autocuidados relativos ao banho, toma de medicação e marcha, eram aqueles que apresentavam maior risco de queda.

Inversamente a idade, o estado civil, a percepção revelada sobre a funcionalidade familiar e a dor não se correlacionam de forma significativa ($p>0,05$) com o risco de queda destes Idosos.

4. DISCUSSÃO

Não querendo nós, ver o envelhecimento como uma etapa da vida problemática, sabemos que está associado a diversas alterações estruturais e funcionais que podem propiciar a ocorrência de quedas. Assim sendo estas não devem ser vistas como uma questão isolada, mas sim, como fator de fragilidade, uma vez que os idosos com maior risco de queda apresentam maior incapacidade funcional, estão institucionalizados e utilizam com maior frequência os serviços de saúde.

Os nossos resultados mostram uma elevada prevalência de risco de queda em idosos institucionalizados uma vez que 45,6% da amostra apresenta alto risco de queda, 16,2% médio risco, e somente 38,2% apresenta baixo risco. Estes dados corroboram Silva, et al, (2014), quando refere que a maioria (66,7%) dos idosos do seu estudo, apresentava alto risco de queda, embora com graus de fragilidade distintos.

O conhecimento do tempo, local e circunstâncias em que ocorrem as quedas dentro das instituições é fundamental, pois só deste modo é possível, desenvolver estratégias no sentido de promover a sua prevenção. O período diurno (no nosso estudo) mostrou ser aquele onde ocorre a maioria das quedas (81,1%), à semelhança dos estudos publicados por Ferreira e Yoshitome (2010), que concluem que é no período da manhã que ocorrem mais quedas, dado ser o período de maior mobilidade dos idosos.

Já o local onde as quedas ocorreram com maior frequência (46%), foi o quarto, alertando-nos para a necessidade de tornar estes locais mais seguros, e mais vigiados pelas equipas de prestação de cuidados. Gomes, et al, (2013), Almeida e Neves, (2013), dizem-nos que o quarto e a casa de banho constituem locais de elevada ocorrência de quedas.

Ao averiguarmos os motivos pelos quais ocorreu a queda, verificamos que o “escorregar” era responsável por 62,2%, seguindo-se o “tropeçar” (24,3%) e as tonturas (10,8%). Também estes resultados reforçam os dados de Santos, (2012) ao referir que a causa mais comum de queda é o “escorregar e tropeçar”.

Estes dados alertam-nos para a importância de implementar nas habitações pisos antiderrapantes, realização de sessões informativas aos idosos e familiares, sobre prevenção de acidentes domésticos, utilização de meios auxiliares de marcha adequados, o uso de calçado fechado e antiderrapante, avisos de piso molhado ou escorregadio, e ainda a existência de supervisão na deambulação.

Assistimos atualmente a uma valorização crescente das repercussões económicas das diferentes ocorrências e por isso as consequências das quedas em idosos são sem dúvida um problema grave tanto ao nível dos gastos em saúde, como nas repercussões que tem na qualidade de vida e na autonomia do idoso. De facto a maioria dos nossos idosos teve consequências resultantes das quedas que vão desde simples escoriações (18,9%), equimoses (32,5%), às fraturas ósseas (21,6%). De realçar, que 70.3% dos Participantes tiveram de recorrer aos serviços de saúde para ser atendidos. Almeida e Neves, (2013) também referem como principais consequências os hematomas as escoriações e situações mais graves com necessidade de assistência (54%).

As quedas nos idosos são na verdade multifatoriais e envolvem condições de caráter intrínseco e extrínseco: verificamos que as mulheres apresentaram um risco de queda superior aos homens à semelhança de Almeida e Neves, (2013), Barbosa e Oliveira, (2012) e Teixeira et al, (2014), pois há que ter em conta o aumento da longevidade feminina, a propensão para o desenvolvimento de doenças osteoarticulares, com especial relevância para a osteoporose como fatores facilitadores da ocorrência de quedas. Também às habilitações literárias mostraram correlacionar-se com o risco de queda de forma negativa ou seja, os idosos com maior nível de escolaridade apresentam menor risco de queda, e vice –versa.

Os antecedentes clínicos têm sido associados em muitos dos estudos como fatores determinantes das quedas: também os idosos do nosso estudo portadores de patologias neurológicas e osteoarticulares apresentam maior risco de queda. Estes dados robustecem o que tem sido descrito na literatura, em que a doença de Parkinson, as miopatias e neuropatias periféricas, espondilose cervical e demências são doenças estreitamente relacionadas com o aumento do risco de queda (Freitas & Py, 2011). As patologias neurológicas e osteoarticulares, estão muitas vezes relacionados, com a diminuição do equilíbrio e da força dos membros inferiores,

situação esta que conduz à ocorrência de quedas. De facto o conhecimento dos antecedentes clínicos, constituem uma ferramenta valiosa para os profissionais de saúde, com vista a uma atuação mais incisiva em determinados grupos de idosos. A aplicação de programas de reabilitação, com vista ao aumento do equilíbrio e tonificação e força dos membros inferiores aparece como sendo uma eficiente medida preventiva das quedas.

Observámos que o tipo de medicação administrada aos idosos influí no risco de queda. Concluímos que os idosos a quem eram administrados anti hipertensores (57,4%), sedativos (54,6%) e diuréticos (51,5%) apresentavam risco aumentado. Trata-se de uma relação amplamente debatida, com destaque para os psicotrópicos (neurolépticos e benzodiazepinas), medicação cardiovascular, corticoides e anti-inflamatórios não esteroides (Freitas e Py, 2011). Lord et al, (2007^a) acrescenta os antidepressivos, os anti arrítmicos (digoxina) e os diuréticos. Existe de facto uma necessidade emergente da rever com periodicidade as tabelas de medicação nos idosos, evitando quadros de polimedicação, com todas as suas consequências em cascata. Também aqui os profissionais de saúde que trabalham em instituições para idosos têm um papel fulcral e vinculativo na prevenção desta ocorrência.

Paralelamente aos fatores descritos, a diminuição da acuidade auditiva e visual presente nos nossos idosos propicia a ocorrência de queda. Este resultado corrobora Gomes et al, (2013) e Gonçalves, et al, (2014) ao referirem que as alterações fisiológicas, em especial a perda da capacidade visual, podem provocar perda de equilíbrio e consequente aumento do risco de quedas. Mais uma vez, a existência de rastreios auditivos e visuais assumem uma importância primordial nos idosos, bem como a verificação da integridade e funcionamento dos meios de compensação (óculos, próteses auditivas, entre outros).

No que respeita à dor, é curioso constatar que os idosos que referem sentir dor mais vezes, são os que apresentam um menor risco de queda contudo as diferenças estatísticas não foram significativas. Pensamos, que os cuidados suplementares adotada pelos participantes, no combate à dor, possa ela própria constituir uma medida preventiva relativamente às quedas. Porém estes resultados estão em consonância com os de Peres, (2014), que não encontrou diferenças significativas entre a percepção da dor e o risco de queda.

Por fim, verificámos que são os idosos mais autónomos nos autocuidados andar, tomar banho e tomar a medicação, aqueles que têm menor risco de queda. Não obstante, os mais dependentes mas com uso de cadeira de rodas, são também aqueles que apresentam menor risco. Estes dados assemelham-se aos de Paraíso, (2014), Almeida, (2012) e Santos (2012), quando afirmam que a dependência na capacidade funcional deve ser considerada como um fator de risco para a ocorrência de queda, assim como a necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária, uma vez que os idosos mais independentes são os que em proporção sofrem menos quedas. De facto a dependência moderada ou ligeira tem sido apontada como fator de risco de quedas, contudo comparados com os idosos considerados independentes caem menos (Santos, 2012 e Almeida, 2012).

É importante salientar, que a promoção da autonomia na realização dos diferentes auto cuidados é fundamental, e o treino destas atividades deve ser incentivado por profissionais competentes e com formação específica como é o caso dos enfermeiros de reabilitação. No nosso ponto de vista a Enfermagem de Reabilitação tem um papel deveras preponderante na prevenção das quedas, e assume ainda mais relevo quando falamos em Idosos institucionalizados.

CONCLUSÕES

As principais conclusões do nosso estudo vêm robustecer o paradigma de que o risco de queda nos idosos institucionalizados é de facto relevante uma vez que 45.6% apresenta risco elevado, 38.2% baixo risco e 16.2% risco médio. Verificamos também, à semelhança do descrito pela WHO (2007), que as quedas resultam da interação de vários factores categorizados nas dimensões: biológica, comportamental, ambiental e socioeconómica.

Na dimensão biológica, encontramos um risco aumentado nas mulheres, nos idosos com doenças crónicas do foro neurológico e osteoarticular, com limitações auditivas, visuais, cognitivas e de mobilidade e que tomavam diariamente benzodiazepinas, neurolépticos, diuréticos e antidiabéticos orais

Na dimensão comportamental não encontramos correlações estatisticamente significativas, contudo o sedentarismo está presente na maioria dos participantes e o calçado e vestuário usado pelos idosos nem sempre é o mais adequado à sua condição.

Na dimensão ambiental, verificamos que a maioria das quedas ocorreu no quarto (meio envolvente mais próximo dos idosos) em consequência do tropeçar e escorregar (devido a desequilíbrios, alterações posturais e diminuição sensorial). Paralelamente o design dos edifícios, o chão escorregadio, as superfícies não niveladas e a falta de adaptação ao novo ambiente residencial constituem também fatores propiciadores da queda.

Na dimensão socioeconómica verificamos que o risco de queda era superior nos idosos que possuíam menores habilitações académicas (1º ciclo, de escolaridade), não recorriam a programas de reabilitação, possuíam menor autonomia nos autocuidados



sobretudo aos níveis do banho, toma de medicação e marcha.

Em suma, os resultados evidenciados demonstram a necessidade de intervenções estruturadas por parte dos profissionais de saúde em especial os enfermeiros de reabilitação, no sentido da realização de sessões de educação dos idosos e dos cuidadores sobre as quedas, fatores de risco e medidas preventivas; pela revisão da medicação; avaliação da marcha, equilíbrio simples, força muscular e execução de exercícios individuais, no sentido da promoção da saúde dos Idosos

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos que não existe conflito de interesses nesta publicação.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Politécnico de Viseu, ao Centro de Estudos em Educação tecnologias e Saúde (CI&DETS)e á Fundação Ciência e Tecnologia (FCT).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, P., & Neves, R. (2013). As quedas e o medo de cair em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(5), 27-43.

Almeida, C. (2012). Risco de quedas nas UCCI do distrito de Viseu: Estudo comparativo escala de Morse e escala de Dowton (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1732>

Barbosa, A., & Oliveira, C. (2012). Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(1), 57-70.

Contreiras, T., Rodrigues, E., & Nunes, B. (2011). Acidentes domésticos e de lazer: Informação adequada: Relatório 2006-2008. Lisboa: INSA.

Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, 70-94.

Freitas, E. V., & Py, L. (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3^ªed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ferreira, D., & Yoshitome, A. (2010). Prevalência de quedas de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-7.

Gomes, E., Marques, A., Leal, M., & Barros, B. (2014). Fatores associados ao risco de queda em idosos institucionalizados: Uma revisão integrativa. *Ciências & Saúde Coletiva*, 19(8), 3543-3551.

Gonçalves, D., Altermann, C., Vieira, A., Machado, A. P., Fernandes, R., Oliveira, A., & Mello-Carpes, P. B. (2014). Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de queda em idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 19(1), 95-108. Acedido em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/26009/31003>

Lord, S.R., Sherrington, C., Menz, H.B., & Close J.C.T. (2007). *Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention* (2^ªed.). Cambridge: Cambridge University Press.

Paraíso, R. (2014). *Fatores de risco de queda em idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Portugal). Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14227/1/Paraíso,%20Rita%20TM%202014.pdf>

Peres, M. O. (2014). *Os idosos institucionalizados: Estudo de algumas variáveis* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal). Acedido em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2707>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Estatísticas demográficas 2013*. Lisboa: INE, IP.

Portugal, Instituto Nacional de Estatística. (2015). *As pessoas 2013*. Lisboa: INE, IP.

Ribeiro, O., & Paul, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Porto: Lidel.

Santos, A. M. M. (2012). *Quedas em idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Portugal). Acedido em <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1211>

Silva, J. V. (2009). *Processo de envelhecimento sobre múltiplos aspectos*. São Paulo: Látria.

Silva, J., Camargo, R., Nunes, M., Camargo, T., Faria, C., & Abreu, L. (2014). Análise da alteração do equilíbrio, da marcha e o risco de queda em idosos participantes de um programa de fisioterapia. *Revista E-Ciência*, 2(2), 19-23.

Teixeira, C., Schmidt, F., Muraro, M., Meereis, E., & Gonçalves, M. (2014). Prevalência do risco de quedas em idosos de uma instituição de longa permanência de Santa Maria. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 46-56.

World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Genève: WHO Press.

Millenium, 2(ed espec nº1), 195-201.

NÍVEL DE SOBRECARGA SUBJETIVA EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

SUBJECTIVE BURDEN AMONG ELDERLY FORMAL CAREGIVERS

NIVEL DE SOBRECARGA EN LOS CUIDADORES FORMALES DE ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

António Calha

Daniela Chambel

Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal



RESUMO

Introdução: Vários estudos têm demonstrado que a experiência de cuidador pode ser encarada como um fator crónico de stress para aqueles que prestam cuidados a idosos. Existem, no entanto, poucos estudos sobre sobrecarga de cuidadores em contextos formais de prestação de cuidados.

Objetivo: Identificar o impacto do cuidado a idosos na sobrecarga de cuidadores profissionais.

Métodos: Trata-se de uma investigação quantitativa, descritiva e correlacional com 52 participantes de dois lares de idosos do distrito de Portalegre. Para avaliar o nível de sobrecarga foi utilizada uma versão adaptada da escala de Zarit de Sobrecarga do Cuidador.

Resultados: O nível de sobrecarga subjetiva é relativamente elevado entre os cuidadores formais de idosos incluídos na amostra, situando-se a média em 2,31 (numa escala que varia entre 0, correspondente ao nível mais baixo de sobrecarga possível, e 4 correspondente ao nível mais elevado). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ($t(50)=1.401$; $p=0.167$) entre homens ($M=2,15$) e mulheres ($M=2,34$). Da mesma forma, não foram identificadas correlações estatisticamente significativas entre o nível de sobrecarga e a idade do cuidador ($r=-0.102$; $p=0.475$) e o número de filho(a)s ($r=0.111$; $p=0.433$).

Conclusões: Estes resultados indicam que a natureza do trabalho com idosos pode constituir uma variável independente na relação com o nível de sobrecarga. São necessário mais estudos que analisem a relação entre o nível subjetivo de sobrecarga e as características específicas dos contextos formais de prestação de cuidados a idosos.

Palavras-chaves: Cuidadores formais; Sobrecarga; Idosos

ABSTRACT

Introduction: Several studies have shown that the experience of caregiving can be perceived as a chronic stress for family and friends who provide care for elderly. There is, however, a lack of studies about burden in formal caregiving contexts.

Objective: identify the impact of elderly care on the burden of professional caregivers in two nursing homes.

Methods: This is a quantitative, descriptive and correlational study with 52 participants of two nursing homes from Portalegre district. An adapted version of the Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) was used to assess the level of formal caregiver burden. **Results:** The level of subjective burden is relatively high among formal care givers included in the sample, the average score of the adapted ZBI was 2.31 (in scale ranging between 0, meaning the minimum burden possible, and 4, meaning the maximum burden possible). No statistically significant differences ($t(50)=1.401$; $p=0.167$) were found between man ($M=2.15$) and woman ($M=2.34$). Also, there were not found statistically significant correlations between the adapted ZBI and age of the caregiver (Pearson's $r=-0.102$; $p=0.475$) and the number of sons/daughters Pearson's $r=0.111$; $p=0.433$).

Conclusions: This results indicates that the nature of the work with elderly people can be an independent variable in relation to burden level. Future studies are needed in order to identify possible relations between subjective burden and the specific characteristics of formal care.

Keywords: Formal Caregivers; Burden; Elderly

RESUMEN

Introducción: Varios estudios han demostrado que la experiencia de cuidador puede ser vista como un factor de estrés crónico para los que cuidan de los ancianos. Hay, sin embargo, pocos estudios sobre la carga de los cuidadores en contextos formales de cuidado.

Objetivo: Identificar el impacto del cuidado de los ancianos en la sobrecarga de los cuidadores profesionales.

Métodos: Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional con 52 participantes de dos hogares de ancianos en el distrito de Portalegre. Para evaluar el nivel de sobrecarga se utilizó una versión adaptada de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Resultados: El nivel de carga subjetiva es relativamente alta entre los cuidadores formales de las personas mayores incluidos en la muestra, se ha registrado una media de 2,31 (en una escala que va desde 0, que corresponde al nivel más bajo posible de la escala, y 4 que corresponde al nivel más alto). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($t(50)=1.401$; $p=0.167$) entre los hombres ($M=2.15$) y mujeres ($M=2.34$). Del mismo modo, se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre el nivel de sobrecarga y la edad del cuidador ($r=-0.102$, $p=0.475$) y el número hijos ($r=0.111$; $p=0.433$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la naturaleza del trabajo con los ancianos puede ser una variable independiente en relación con el nivel de sobrecarga. Son necesarios más estudios para examinar la relación entre el nivel subjetivo de la sobrecarga y de las características específicas de los contextos formales de atención a las personas mayores.

Palabras Clave: Cuidadores formales; Sobrecarga; Ancianos



INTRODUÇÃO

As estruturas residenciais para idosos, à semelhança de qualquer outra organização, são fundamentalmente constituídas por pessoas, nomeadamente os idosos, o pessoal técnico, os familiares, bem como por toda a comunidade que se encontra ao seu redor. Neste tipo de valências, a qualidade da assistência humana é preponderante dada a sua importância no ato de cuidar. A qualidade de intervenção prestada nestas instituições tem inerente um conjunto de fatores tão díspares como a política da instituição, a gestão, o pessoal técnico, o nível de qualificação dos colaboradores ou o desenvolvimento de formações internas.

Conhecer as instituições de apoio a idosos e, sobretudo, as características dos profissionais que as integram constitui um elemento fundamental no delineamento de estratégias que permitam melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados. Desse modo o objetivo desta investigação é avaliar o nível de sobrecarga de cuidadores formais de idosos institucionalizados e identificar se esse nível é determinado por diferentes características individuais do cuidador.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Pela natureza do seu trabalho os cuidadores formais de idosos constituem um grupo profissional particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sintomatologia física e psíquica (Saúde, 2013). Vários autores têm identificado como a sobrecarga e o desenvolvimento de situações desgaste e mesmo de burnout atinge estes profissionais (Zamora & Sánchez, 2008). A investigação de Monteiro, Queirós & Marques (2014) identifica que a diminuição da empatia e desmotivação dos colaboradores constituem fatores preponderantes no surgimento do burnout, interferindo no ato de cuidar. Assim, é a natureza da tarefa e o ambiente organizacional que maior influência têm na manifestação de fenómenos de exaustão emocional. Vicente & Oliveira (2015) elencam vários fatores particularmente relevantes: a dificuldade em lidar com a fragilidade em que se encontra o idoso; o impacto da proximidade da morte; as situações de conflitos interpessoais na organização e a descoincidência entre o investimento do cuidador no trabalho e a retribuição por parte da organização. Por seu lado, a investigação de Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques, & Sousa (2011) identifica como principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais: a interação com o utente; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades e a interação com a família dos utentes.

A escassez de recursos materiais e humanos, o aumento excessivo da carga de trabalho, a falta de preparação profissional e a rigidez administrativa constituem alguns dos fatores que favorecem o aumento da fadiga e a falta de motivação para continuar a trabalhar e, consequentemente, podem traduzir-se em atitudes negativas dos funcionários para com os idosos (Amaro, 2013). Deste modo, devido à importância do pessoal técnico nestas instituições, e das funções que desempenham diariamente, torna-se necessário a criação de medidas preventivas do excesso de sobrecarga dos colaboradores e das suas consequências. Essa é uma forma de prevenção de situações de abuso em idosos institucionalizados.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma investigação quantitativa, descritiva e correlacional com 52 participantes de dois lares de idosos do distrito de Portalegre.

2.1 Amostra

Trata-se de uma amostra por conveniência (não probabilística). A amostra deste estudo, constituída por 52 cuidadores formais, é marcada por um número expressivo de mulheres (86.5%). Em relação ao nível de instrução, 21.2% dos inquiridos frequentou o ensino superior, mas a maioria tem habilitações iguais ou inferiores ao 3º ciclo de escolaridade (73.1%). No que respeita à situação conjugal predominam os cuidadores na situação de casados com uma percentagem de 53.8%, seguido das situações de união de facto e de solteiro, ambas com 14.5%, e das situações de divorciado e viúvo com 11.5% e 1.9% respetivamente.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Face ao objetivo da investigação foi utilizado um questionário para recolher os dados utilizados na análise. As questões foram elaboradas com o objetivo de avaliar o nível de sobrecarga de cuidadores formais de idosos. O questionário foi aplicado durante os meses de Maio e Junho de 2015. Para determinar o nível de sobrecarga recorreu-se à escala de Zarit adaptada aos cuidadores formais por Canon & Novelli (2012).

A escala de Zarit, na sua versão original, conta com 22 questões que avaliam, a saúde, vida social e pessoal, situação financeira,



bem-estar emocional, relações interpessoais e o meio-ambiente do cuidador informal. O score da respetiva escala varia de 0 a 88. Quanto maior o score maior o nível de sobrecarga (Scafuzca, 2002). A adaptação da escala por Canon & Novelli (2012) traduziu-se na exclusão de duas das questões originais, por se tratar de questões de relacionadas com a vida familiar, na modificação de cinco questões, adaptando-as ao contexto do cuidador formal, nas 15 questões restantes a palavra familiar foi substituída pela palavra idoso. Os inquiridos foram solicitados a responder às questões através de uma escala de tipo likert, com uma gradação semântica de cinco pontos variando entre 0 (correspondente a nunca) e 4 (correspondente a quase sempre).

2.3 Critérios de Inclusão

Como critério de inclusão na amostra considerou-se exclusivamente o facto de o inquirido ter uma relação jurídica de natureza profissional com as instituições.

2.4 Procedimentos

Refira-se que o estudo cumpriu os princípios éticos que orientam a investigação científica. No processo de recolha dos dados os participantes foram devidamente informados do objetivos da investigação e acederam voluntariamente a participar no estudo. Foi, igualmente, garantido e respeitado o anonimato de todos os participantes.

Na análise dos dados foi utilizado o programa informático SPSS versão 19, tendo por referência, na interpretação dos resultados, um valor de significância $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

Apresentam-se, na tabela 1, os resultados obtidos junto dos 52 cuidadores formais de idosos relativamente a cada uma das questões que constituem a escala de Zarit modificada. Os valores apresentados correspondem à média das respostas numa escala que varia entre 0, nível mais baixo de sobrecarga, e 4, nível mais elevado. Como se pode verificar, os aspetos do cuidar que provocam maior nível de sobrecarga relacionam-se com a dependência do idoso relativamente ao cuidador bem como com a sua expectativa e exigência de cuidados.

Tabela 1 – Nível médio de sobrecarga sentida pelos inquiridos relativamente a cada questão da escala de Zarit modificada

	N.	M	d.p.
Sente que os idosos solicitam mais ajuda do que necessitam	52	3.08	0.589
Sente que não tem tempo para realizar as suas tarefas devido ao idoso	52	2.56	0.958
Sente-se tenso quando tem de cuidar do idoso e tem outras tarefas para fazer	52	2.25	0.988
Sente-se envergonhado pelo comportamento do idoso	51	1.41	0.638
Sente-se irritado quando está junto do idoso	52	1.12	0.379
Sente que o idoso afeta negativamente o seu relacionamento com os colegas	52	1.38	0.718
Tem receio pelo futuro destinado ao idoso	52	3.08	0.813
Considera que o idoso está dependente de si	52	3.38	0.745
Sente-se esgotado quando tem que estar junto do idoso	52	1.48	0.671
Vê a sua saúde afetada por ter de cuidar do idoso	52	1.75	0.968
Sente que o idoso espera que cuide dele como se fosse o único	52	3.15	0.802
Sente que o idoso só pode contar consigo para cuidar	52	3.02	0.939
Sente que o salário não equivale à sua dedicação neste trabalho	51	3.06	1.008
Sente-se incapaz de cuidar por muito mais tempo	52	2.56	1.725
Deixou de realizar atividades de lazer desde que iniciou este trabalho	52	1.94	1.056
Desejaria entregar o idoso ao cuidado de outros	52	2.69	0.701
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o idoso	52	1.60	0.823



Sente que poderia fazer mais	52	2.79	0.893
Considera que poderia cuidar melhor	52	2.27	1.087
Sente-se sobrecarregado por ter que cuidar	52	1.81	0.951

O cálculo do valor do Alpha de Cronbach (0,754) evidencia uma consistência interna alta entre as vinte variáveis que constituem a escala de Zarit modificada. Esse facto possibilitou a criação de uma nova variável compósita referente ao índice de sobrecarga dos cuidadores formais de idosos dependentes. Este índice, construído a partir do cálculo da média das respostas dos inquiridos às vinte questões, tem uma amplitude de variação entre 0 e 4, idêntica à descrita anteriormente.

Na tabela 2 são apresentados os valores médios de sobrecarga nos diferentes grupos de análise considerados. Como se pode observar o nível médio de sobrecarga é relativamente elevado entre os cuidadores inquiridos ($M=2.31$). Tendo em conta a dimensão da amostra optou-se por recorrer a testes não-paramétricos para testar a existência de diferenças nos níveis de sobrecarga entre os cuidadores. Da análise realizada não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre: homens e mulheres ($U=105.5$; $p=0.163$); entre os diversos grupos etários ($\chi^2_{KW(3)}= 6.267$; $p=0.099$); entre os diferentes estados civis ($\chi^2_{KW(4)}= 2.92$; $p=0.571$); entre o número de filhos ($\chi^2_{KW(3)}= 1.710$; $p=0.635$) e entre os cuidadores com e sem pessoas dependentes a cargo, para além dos filhos, ($U=100$; $p=0.276$).

Tabela 2 – Nível médio de sobrecarga e respetivo desvio-padrão segundo variáveis caracterizadoras dos cuidadores formais de idosos

	N.	M (d.p)	
Nível médio de sobrecarga	52	2.31 (0.34)	
Sexo			
Masculino	7	2.15 (0.34)	
Feminino	45	2.34 (0.29)	$U=105.5$; $p=0.163$
Grupo etário			
21-30 anos	9	2.21 (0.38)	
31-40 anos	19	2.36 (0.36)	$\chi^2_{KW(3)}= 6.267$;
41-50 anos	15	2.40 (0.25)	$p=0.099$
51-60 anos	8	2.10 (0.29)	
Estado civil			
Solteiro	8	2.19 (0.34)	
Casado	28	2.35 (0.33)	
União de facto	8	2.43 (0.33)	$\chi^2_{KW(4)}= 2.92$;
Divorciado	6	2.31 (0.31)	$p=0.571$
Viúvo	1	2.25 -	
Número de filhos			
0 filhos	16	2.28 (0.40)	
1 filho	21	2.31 (0.35)	$\chi^2_{KW(3)}= 1.710$;
2 filhos	14	2.34 (0.26)	$p=0.635$
3 filhos	1	2.65 -	
Existência de pessoas dependentes a cargo (para além dos filhos)			
Sim	6	2.45 (0.28)	
Não	46	2.30 (0.35)	$U=100$; $p=0.276$

4. DISCUSSÃO

Vários estudos têm revelado que a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes tem repercussões pessoais, nomeadamente ao nível da sobrecarga do cuidador (Scazuca, 2002; Santos, 2005; Sequeira, 2006). Os problemas que derivam de um excesso de sobrecarga, como o burnout, são frequentemente observados em profissionais que trabalham na área assistencial, em contato direto e frequente com a clientela na prestação de serviço (Ruiz & Silva, 2009). Os resultados obtidos nesta investigação revelam que apesar de o nível de sobrecarga ser superior entre as mulheres que entre os homens, essa diferença não é estatisticamente significativa. Outras investigações, realizadas na mesma área, têm corroborado estes resultados reportando que não existe diferenças entre homens e mulheres cuidadores no que diz respeito aos níveis de sobrecarga (Martins, 2006). Como referem Roig, Abengózar & Serra (1998), entre homens e mulheres, é semelhante o nível de responsabilidade em assumir o cuidado. Ainda assim, outros estudos concluem que os cuidadores homens evidenciam menor sobrecarga emocional (Marques, 2007) e que o papel de cuidador se torna mais stressante nas mulheres em resultado do seu maior investimento nas relações interpessoais, expondo-as a mais conflitos de papéis.

No que diz respeito à idade, os resultados evidenciam a não existência de diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos etários. Analisando a correlação entre a idade do cuidador e o nível de sobrecarga ($r=-0.102$; $p=0.475$) conclui-se, igualmente que esta não se revela estatisticamente significativa. Resultados diferentes foram obtidos por Martins (2006) que identifica a idade como uma variável associada à percepção da sobrecarga. Por seu lado a investigação de Marques (2007), sobre cuidadores de doentes com AVC, identifica uma relação de sentido negativo entre as variáveis idade e sobrecarga, ou seja, os cuidadores mais novos tendem a evidenciar maior nível de sobrecarga.

Os resultados apresentados na tabela 2 permitem igualmente constatar que os cuidadores casados e em situação de união de facto apresentam um nível superior de sobrecarga, ainda assim, as diferenças não se revelam estatisticamente significativas quando comparados com cuidadores com outro estado civil.

Relativamente à existência de filhos, foi possível constatar que os cuidadores com maior número de filhos apresentam um nível médio de sobrecarga superior. Ainda assim, a diferença identificada entre os grupos considerados não se revela estatisticamente significativa, bem como a correlação entre o número de filhos e o nível de sobrecarga ($r=0.111$; $p=0.433$). Também as diferenças entre os cuidadores com e sem pessoas dependentes a cargo (para além dos filhos) se revelaram não significativas, apesar do nível de sobrecarga ser superior entre aqueles que têm pessoas dependentes a cargo. Como conclui Martins (2006) o desempenho do papel de cuidador de forma contínua pode gerar conflitos resultantes da difícil conjugação entre a vida profissional, pessoal e familiar dos cuidadores, podendo conduzir situações de exaustão ou de depressão.

CONCLUSÕES

Esta investigação visou a análise de alguns preditores da sobrecarga de cuidadores formais de idosos. Os resultados revelaram um nível relativamente elevado de sobrecarga nestes profissionais. Nenhuma das variáveis consideradas na análise (sexo, idade, estado civil, número de filhos e existência de pessoas dependentes) se revelou preditiva do nível de sobrecarga dos cuidadores. Estes resultados indicam que a natureza do trabalho de cuidador pode constituir um fator preditivo do fenómeno de sobrecarga. Assim, evidencia-se a necessidade de estudos futuros que analisem a relação entre o nível subjetivo de sobrecarga e as características específicas dos contextos formais de prestação de cuidados a idosos.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaro, M. (2013). *A transformação da identidade em idosos institucionalizados: Um estudo de casos múltiplos* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Acedido em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/8384>

Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129.

Canon, M., & Novelli, M. (2012). Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma Instituição de Longa Permanência. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23(1), 72-80. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46920/50666>



Marques, S. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasau.

Martins, R. M. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.

Roig, M., Abengózar, M., & Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14(2), 215-227.

Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores do burnout em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 2-11.

Ruiz, L. M., & da Silva, N. R. (2009). Indicadores de burnout em docentes de terapia ocupacional: Um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 20(2), 101-109. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v20i2p101-109>

Scazufca, M. (2002). Brazilian Version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in careers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 12-7. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>

Santos, P. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa.

Saúde, S. N. M. S. (2013). *Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos* (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Acedido em <https://ria.ua.pt/handle/10773/11418>

Sequeira, C. (2006). Da necessidade do cuidado às consequências do cuidar. In I. Leal, J. P. Ribeiro, S. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde: Saúde bem-estar e qualidade de vida*. Lisboa: ISPA.

Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em cuidadores formais de idosos e doentes crónicos: Atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4(3), 132.

Zamora, Z., & Sánchez, Y. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.

Millenium, 2(ed espec nº1), 203-210.

QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES DE HUNTINGTON

QUALITY OF LIFE OF HUNTINGTON'S PATIENTS INFORMAL CAREGIVERS

CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE ENFERMOS DE HUNTINGTON

*Alexandra Dinis*¹

*Hugo Santos*¹

*Rosa Martins*²

¹Centro de Rehabilitación “El Hayedo”, Espanha

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

RESUMO

Introdução: A Doença de Huntington (DH) é uma patologia neuro degenerativa hereditária que afeta o movimento e conduz a um défice progressivo das capacidades cognitivas e comportamentais. Cuidar um doente de Huntington é um processo complexo com impacto na saúde, bem-estar e qualidade de vida do Cuidador Informal (CI).

Objetivo: Avaliar o impacto da DH na Qualidade de Vida (QDV) do CI e verificar se as variáveis sociodemográficas, contextuais e clínicas se relacionam com essa QDV.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com 50 CI, membros da “Asociación de Corea de Huntington Española”. Utilizámos a versão espanhola do questionário: Huntington’s Disease Quality of Life Battery for Carers (HDQoL-C) como instrumento de colheita de dados.

Resultados: Os participantes são na sua maioria do sexo feminino, com uma média de idades de 50,04 anos, casados, com elevado grau de literacia e profissionalmente ativos. Os CI possuem uma QDV moderada na qual o papel de cuidador tem grande impacto. Contudo a “satisfação com a vida” e os “sentimentos sobre a vida com DH” parecem atenuar esta sobrecarga. Os dados revelam que as habilidades literárias e o número de horas de cuidados diários influenciam a QDV.

Conclusões: Os resultados reforçam a multidimensionalidade e variabilidade da QDV e evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde apostarem em programas de intervenção na comunidade, de forma a capacitar os CI para a prestação de cuidados e assim promover a sua QDV

Palavras-chaves: Doença de Huntington; Cuidadores; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Huntington’s disease (HD) is an inherited neurodegenerative disease which affects the movement and leads to the progressive cognitive deficits and behavioral capacities. Care for a Huntington patient is a complex process with a major impact on health, well-being and quality of life of Informal Caregivers (IC).

Objective: To evaluate the impact of HD in the Quality of Life (QoL) Informal Caregiver, and to verify if the socio-demographic, contextual and clinical variables relate to that QoL.

Methods: This is a quantitative study, descriptive and correlational with 50 IC members of the “Asociación de Corea de Huntington Española”. We used the Spanish version of the questionnaire: Huntington’s Disease Quality of Life Battery for Carers (HDQoL-C) as the data collection instrument.

Results: The participants are mostly female, averaging 50.04 years of age, married with a high level of literacy and active. The IC have a moderate QoL in which the caregiver role has great impact. However “the life satisfaction” and “feelings about life with HD” which appear to alleviate this burden. Data showed that the educational level and the number of hours of daily care influenced the QoL.

Conclusions: The results reinforce the multidimensionality and variability of QoL of the Huntington’s patients IC and highlight the need for health professionals to take a chance on intervention programs in the community, in order to capacitate the IC to provide care and promote their QoL.

Keywords: Huntington’s disease; Caregivers; Quality of life

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad de Huntington (EH) es una patología neurodegenerativa hereditaria que afecta el movimiento y lleva a un déficit progresivo de las capacidades cognitivas y conductuales. Cuidar un enfermo de Huntington es un proceso complejo con impacto en la salud, bienestar y calidad de vida del Cuidador Informal (CI).

Objetivo: Evaluar el impacto de la EH en la Calidad de Vida (CV) del CI y verificar si las variables sociodemográficas, contextuales y clínicas se relacionan con esa CV.

Métodos: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional con 50 CI, miembros de la “Asociación de Corea de Huntington Española”. Utilizamos la versión española del cuestionario: Huntington’s Disease Quality of Life Battery for Carers (HDQoL-C) como instrumento de recogida de datos.

Resultados: Los participantes son en su mayoría mujeres con una media de edades de 50,04 años, casados, con elevado nivel de estudios y con ocupación. Los CI poseen una CV moderada en la cual el rol de cuidador tiene gran impacto. Sin embargo la “satisfacción con la vida” y los “sentimientos sobre la vida con EH” parecen mitigar esta sobrecarga. Los datos revelan que el nivel de estudios y el número de horas de cuidados diarios influyen en la CV.

Conclusiones: Los resultados refuerzan la multidimensionalidad y variabilidad de la CV y muestran la necesidad de intervención de los profesionales de salud en la comunidad para capacitar los CI en los cuidados y promover su CV.

Palabras Clave: Enfermedad de Huntington; Cuidadores; Calidad de Vida

INTRODUÇÃO

Na atualidade, devido ao aumento de doenças incapacitantes que, a pouco e pouco, vão limitando a atividade do indivíduo, tem-se assistido a um grande foco de investigação na área das doenças neurológicas.

A Doença de Huntington (DH), é uma doença neurodegenerativa hereditária de transmissão autossómica dominante caracterizada por alterações motoras, cognitivas e comportamentais. É uma doença rara, no entanto é a mais comum das doenças autossómicas dominantes. (Januário, 2011) Segundo Umphred (2010), a doença afeta aproximadamente 6,5 em cada 100.000 indivíduos manifestando-se depois da 3^a década de vida. Em Portugal haverá cerca de mil e duzentos doentes com DH, não existindo até ao momento nenhum estudo epidemiológico que suporte estas estimativas.

A compreensão do impacto da DH nas vidas do CI passa sobretudo por entender a forma como este perceciona a sua condição de saúde, as diferentes variáveis que afetam a sua Qualidade de Vida (QDV) e as estratégias que adotam para fazer face à mudança e ao progressivo agravamento da condição clínica do seu familiar. O que se espera na atualidade de um profissional de saúde, é que a sua intervenção seja direcionada para o apoio e suporte necessários e consequentemente promotora de bem-estar e qualidade de vida desses cuidadores.

A pertinência deste estudo assenta nos pressupostos descritos e conduziu-nos à seguinte questão de investigação: “Qual o impacto da Doença de Huntington na Qualidade de Vida dos seus Cuidadores Informais?

No seguimento desta questão delineamos os seguintes objetivos:

- Caracterizar socio demograficamente os cuidadores informais de Doentes de Huntington;
- Conhecer o contexto envolvente da prestação de cuidados informais a indivíduos com DH
- Avaliar a QDV dos cuidadores informais de Doentes de Huntington;
- Analisar correlações existentes entre variáveis sociodemográficas, contextuais, e clínicas e a QDV dos CI.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Doença de Huntington

A Doença de Huntington, classicamente denominada por Coreia (grego “Khoreia” que significa “dança”), é uma patologia neurológica de carácter hereditário que afeta o movimento e conduz a um défice progressivo das capacidades cognitivas e comportamentais. A doença foi descrita pela primeira vez em 1872 pelo médico norte-americano George Huntington. Publicou o primeiro artigo científico sobre a doença denominado “Coreia Hereditária”, no qual descreve como característica mais marcante e típica os espasmos clónicos dos músculos voluntários sem perda da sensibilidade ou consciência, além disso relata 3 particularidades da doença: o carácter hereditário, as alterações psiquiátricas e comportamentais que levavam à insanidade e suicídio e por último o facto de se manifestar na idade adulta com tendência progressiva e inevitável. (Gil-Mohapel & Rego, 2011; López del Val & Burguera Hernández, 2010)

Os transtornos motores em conjunto com as alterações psiquiátricas e disfunção cognitiva são os mais marcantes no quadro clínico da DH. Os sintomas motores da doença são os mais facilmente identificáveis, representados principalmente pelo síndrome coreico progressivo (Ruiz-Espiga, 2010).

Cuidar um doente de Huntington

O cuidador informal (CI) é o principal agente do sistema de apoio familiar, na assistência ao indivíduo com problemas de saúde no seu domicílio, e que habitualmente fica a cargo dos elementos da família e desempenha um papel crucial, pois assume a responsabilidade do cuidar de uma forma continuada (Sequeira, 2007) durante uma fase ou para o resto da sua vida.

Algumas características da doença de Huntington prendem-se com o seu carácter degenerativo, cronicidade, e perda progressiva de autonomia do doente sendo um quadro complexo que se repercutem no seu cuidador informal.

Cuidar um doente de Huntington torna-se ainda mais difícil, porque muitas vezes o doente não admite a sua doença e muito menos a necessidade de cuidados. (Asociación de Corea de Huntington Española, 2006) Também sabemos que os doentes apresentam um comportamento instável e imprevisível, o processo de deterioração cognitiva transforma-os em perfeitos desconhecidos e a evolução da doença torna-os cada vez mais dependentes. Além das alterações motoras e cognitivas, são características da DH, os transtornos psiquiátricos, os quais causam grandes mudanças na vida dos CI sendo por vezes as principais vítimas/alvo das alterações de comportamento que podem apresentar. (Huntington’s Disease Youth Organization, 2015; Silva, et al., 2014)

Assim a prestação de cuidados requer um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado. Ficamos ainda com a percepção clara de que após um diagnóstico de DH, o indivíduo altera por completo a dinâmica da sua vida, modifica comportamentos tanto a nível pessoal como a nível do seu cuidador informal, exigindo deste modo adaptação a uma nova realidade, alterando de forma automática a própria qualidade de vida

Qualidade de Vida dos Cuidadores de Doentes de Huntington

Na área biomédica, a QDV relacionada com a saúde refere-se à satisfação e bem estar do indivíduo nos domínios físico, psicológico, social, económico e espiritual em relação ao estado de saúde e a uma combinação do estado de saúde com a resposta afetiva a esta condição. (Geraldo, 2013)

Um estudo realizado por Ochoa-Morales, Vazquez-Garcia e Alonso-Vilela (2001), sobre o impacto da DH nos CI, mostrou que as famílias entrevistadas viram as suas relações familiares drasticamente afetadas, uma vez que apareceram como consequência da DH, outros problemas familiares que provocaram ruturas e até violência doméstica. Além disso revelam sentir-se incompreendidos pela sociedade e consideram que devido aos cuidados que têm de prestar, ficam sem tempo disponível para realizar outras atividades que lhes são importantes. Outro estudo realizado por Marie Cox (2012) com o objetivo de avaliar a QDV dos cuidadores de DH, onde foi utilizada a mesma escala que adotamos neste estudo (HDQoL- C) demonstrou que a falta de apoio sentido por parte de serviços sociais e as inúmeras horas de cuidados despendidos afetavam negativamente a QDV dos cuidadores informais. Outros autores reforçam este paradigma dizendo que o cuidar de DH implica energia e força e que o apoio prático (físico e emocional) contribui significativamente na melhoria da QDV dos CI. Defendem ainda, que o suporte fornecido por parte dos serviços de neurologia e psiquiatria se têm revelado cruciais para os cuidadores no sentido de aprenderem a atuar sempre que surjam dificuldades e novos desafios.

Em 2012, Aubeeluck, Buchanan e Stupple efetuaram um estudo utilizando uma análise fenomenológica onde participaram 47 cuidadores. Estes descreveram as suas experiências tendo por base o “nível de apoio”; a “insatisfação com o papel de cuidador”, os “aspetos práticos do cuidar” e os “sentimentos e bem-estar emocional”. Nestes relatos é destacado sobretudo a importância que atribuem ao apoio familiar no sentido de aliviar a “carga” que o cuidar diário implica. No que diz respeito à insatisfação sentida com o papel de cuidador revelou-se de forma implícita a perda de identidade pessoal, alguma ansiedade e stress como consequência da luta constante que o cuidar provoca.

Dependendo das estratégias e mecanismos utilizados na fase de adaptação ao “papel de cuidador”, os CI podem avaliar a sua QDV de forma mais positiva. À semelhança do mencionado por Cox (2012) no que diz respeito aos “aspetos práticos da prestação de cuidados”, o estudo demonstrou como a falta de tempo, cansaço e exaustão são questões significativas para os cuidadores, que se encontram divididos entre cuidar o seu familiar com DH, cuidar os filhos e encontrar tempo para si próprios. Estes factos provocam sentimentos de perda, solidão e isolamento que se traduzem em sofrimento emocional dado que percecionam o seu bem-estar como estando deveras comprometido (Williams, Skirton, & Paulsen, 2012).

2. MÉTODOS

Realizámos um estudo do tipo transversal, de natureza quantitativa segundo uma lógica descritiva-correlacional com uma amostra (não probabilística por conveniência) constituída por 50 cuidadores informais, pertencentes à Asociación de Corea de Huntington Española (ACHE), sediada em Madrid.

Para a colheita de dados foi utilizado um instrumento de medida específico para a avaliação da QDV dos cuidadores informais de doentes de Huntington e denomina-se Huntington's Disease Quality of Life Battery for Carers (HDQoL-C), da autoria de Aimee Aubeeluck and Heather Buchanan (2005). O questionário é constituído por 4 partes: Parte 1 – Secção que engloba 6 questões de caracterização sociodemográfica, 9 de contexto como cuidador e 2 sobre variáveis clínicas do doente de Huntington; Parte 2; 3 e 4 – Secções que englobam as 3 dimensões da QDV: “aspetos relacionados com o papel de cuidador”, “satisfação com a vida” e “sentimentos sobre os vários aspetos da sua vida pessoal com a DH”, respetivamente.

Depois de obtida autorização do autor para utilização do questionário HDQoL-C. Foi pedida colaboração à Asociación Corea de Huntington Española (ACHE) para a colheita de dados. Ao cuidador informal foram explicados os objetivos do estudo, as condições de confidencialidade, obtido o consentimento informado. Após a colheita de dados, efetuou-se a sua análise utilizando o programa Statistical Package Social Science 21 (SPSS) com os seguintes valores de referência para avaliar a QDV: $\geq 70\%$: elevada; 41%– 69%: moderada; $\leq 40\%$: baixa.



3. RESULTADOS

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos participantes são mulheres (n=34) com uma média de idades de 50.04 anos (Dp=13.80, CV 27.57%). Verificamos que 72% da amostra é casada e encontra-se profissionalmente ativa. Considerando as habilidades literárias, 52% da amostra tem graus superiores de educação.

Em contexto como cuidadores, os inquiridos são na maioria cônjuges (52%) do recetor de cuidado, seguindo-se a alternativa de filho/filha (28%) e vivem permanentemente com o paciente (60%). Constatámos ainda, que em média os cuidadores desempenham esta função há aproximadamente 7,3 anos e prestam cuidados, em média, durante 9,35h/dia. Para a maioria dos participantes (76%) esta era a primeira experiência como cuidador e apresentam como motivo principal para assumir o papel de cuidador obrigação familiar/pessoal (58%), seguindo-se a solidariedade familiar/conjugal (36%).

As maiores dificuldades sentidas e expressas por 32% dos cuidadores ligam-se á “dificuldade em lidar com a dependência”. As “alterações do comportamento” e os “problemas emocionais” são também aspetos mencionadas por 28% dos participantes e em menor percentagem (16%) são referidas as questões associadas á “incompatibilidade do cuidar com o trabalho profissional” e as dificuldades físicas (12%).

Analizando os valores de Qualidade de Vida podemos constatar que cuidadores possuem uma qualidade de Vida Moderada (QDV=53,07%). Das três dimensões a “satisfação com a vida” é a mais elevada (60,25%) seguindo-se os “sentimentos com a vida pessoal com DH” com 54,87% e a mais baixa com 43,22% “aspetos práticos do cuidar”. Estes dados indicam que o papel de cuidador tem um maior impacto na QDV dos Cuidadores Informais em comparação com a satisfação e os sentimentos sobre a vida com DH, cujo impacto é moderado.

Ao estabelecer a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a QDV obtivemos os seguintes resultados: os homens apresentam sentimentos mais positivos sobre a sua vida pessoal com a DH ($p=0.016$). Os dados também mostram que a QDV é superior nos indivíduos que se encontram entre os 46 e os 60 anos de idade em todas as dimensões e total. Contudo só existem diferenças estatísticas significativas ($p=0.047$) na dimensão “aspetos práticos do cuidar”. No que concerne às habilidades académicas são os cuidadores com “ensino superior” os que apresentam melhor QDV ($OM=30.65$; $p=0.020$).

No que diz respeito às variáveis de contexto podemos dizer que os cuidadores que prestam cuidados por períodos superiores a 7 horas dia, apresentam pior QDV total ($OM=29.19$; $p=0.017$) e os que cuidam há mais de 5 anos também possuem uma QDV mais baixa sendo esta bastante significativa na dimensão “aspetos práticos do Cuidar” ($p=0.003$). Relativamente aos motivos para assumir o papel de cuidador os que cuidam por “solidariedade” têm melhor QDV, no entanto só existe uma associação significativa na dimensão “aspetos práticos de cuidar” ($p=0.024$)

Não existem associações significativas entre o estado civil, a situação laboral e estado clínico/estádio da doença com a Qualidade de Vida dos CI.

4. DISCUSSÃO

As características sociodemográficas obtidas através da amostra de cuidadores informais estudada foi possível estabelecer um perfil que de certo modo está em consonância com a revisão da literatura. Assim a amostra em estudo é constituída por 50 cuidadores informais do Doentes de Huntington, dos quais a maioria é do sexo feminino (68%), com uma média de idade de 51 anos e casados, o que é corroborado por (Figueiredo, 2013; Silva H., 2013; Correia, 2012; Vilela, 2012). No que diz respeito às habilidades literárias, 52% dos participantes possuem estudos superiores e uma situação profissional de empregado, o que contrapõe a maioria dos estudos da literatura consultada, mas corroboram os defendidos por Kaptein (2007) que afirma que 76.5% estão empregados, Aubeeluck (2013) obtém como resultado 32% da amostra está numa situação ativa e Cox (2012), que diz que 32.3% da amostra em estudo possui estudos superiores.

O nº de horas diárias de cuidados encontrado é em média 9,35h o que confirma os achados defendidos por Cox (2012), Aubeeluck e Buchanan (2007) ao afirmarem que os cuidadores dedicavam 59,6h/semana e 40h/semana respetivamente o que se traduz em 8h ou mais de cuidados diários.

A análise dos motivos que levam os participantes a assumir e manter o papel de cuidador informal, mostra que para 52% da amostra é uma obrigação familiar/pessoal, seguindo-se a solidariedade familiar/conjugal (36%) A consciência da obrigação de cuidar de um familiar e a solidariedade foi igualmente encontrada nos estudos levados a cabo por (Pereira, 2011). No entanto Ferreira (2008) destaca como valores mais elevados o evitar a institucionalização do familiar que no nosso estudo só foi referido por 8% dos cuidadores.

As maiores dificuldades sentidas e expressas por 32% dos cuidadores ligam-se á “dificuldade em lidar com a dependência”,

resultado aliás semelhante ao obtido por (Silva, 2013) que apresenta como dificuldades o “cansaço físico” e também a “quantidade de cuidados a prestar”.

Analizando os valores de Qualidade de Vida total podemos constatar que em média os cuidadores possuem uma qualidade de Vida Moderada (53%) dados que são corroborados pelos resultados apresentados por (Cox, 2012), que ao utilizar a mesma escala, obteve 54.3%. Em relação às 3 dimensões avaliadas no questionário, podemos referir que apresentam uma QDV baixa na dimensão: “aspetos práticos do cuidar” (43,22%), moderada na “satisfação com a vida” (60,25%) como “nos sentimentos sobre a vida com a DH” (54,87%), o que nos leva a concluir que sem dúvida, o papel de cuidador produz um grande impacto na sua qualidade de vida. A autora supracitada expõe como resultados parcelares, 47.8% para “aspetos práticos do cuidar”, 64% para “satisfação com a vida” e 52.1% para “sentimentos sobre a vida com a DH”. Estes valores tal como refere a autora no seu estudo são, sinais de alerta para os profissionais de saúde para desenvolverem medidas de apoio que possibilitem aos cuidadores uma melhor QDV.

No que concerne à relação da idade com a QDV, verificámos que são os cuidadores com idade entre os 46 e os 60 anos os que apresentam melhor QDV em todas as dimensões e total, embora só existam diferenças significativas na dimensão “aspetos práticos do cuidar” ($p=0.047$). Figueiredo (2012) apresenta resultados muito similares, na medida em que é o grupo de cuidadores mais jovens (< 54 anos) e os mais idosos (> 72anos) os que apresentam valores superiores de sobrecarga total.

Quando analisamos a relação entre as habilitações académicas e a QDV, verificamos que são os participantes com maiores habilitações académicas os que possuem uma melhor Qualidade de Vida ($p=0.02$). Vilela (2012) chegou aos mesmos resultados e defende os achados pela maior facilidade e acesso que têm à informação, e do mesmo modo acesso aos cuidados diferenciados prestados pelos cuidadores formais.

O tempo como cuidadores correlaciona-se com a QDV, uma vez que os que têm mais anos como cuidadores (> 5 anos) apresentam pior QDV, sobretudo na dimensão “aspetos práticos do cuidar” ($p=0.003$). Estes dados sugerem que o tempo de duração da prestação de cuidados interfere na QDV do cuidador, uma vez que há uma saturação física e psicológica, que pode resultar em níveis elevados de ansiedade e estados depressivos. Estes resultados mais uma vez corroboram os de Figueiredo (2012), e Correia (2012) ao referirem que os cuidadores que cuidam os seus familiares há mais de cinco anos demonstram claramente sobrecargas superiores.

A análise da relação entre o número de horas de cuidados diárias e a QDV, revelou que os indivíduos que prestam cuidados por períodos superiores a 7 horas por dia são os que possuem uma QDV mais baixa ($p=0.017$) à semelhança dos estudos desenvolvidos por Cox (2012) e Figueiredo (2012).

CONCLUSÕES

A presente investigação contribuiu para um melhor conhecimento dos fatores envolvidos na prestação de cuidados informais ao Doentes de Huntington e nomeadamente os que influenciam a QDV dos CI. Face a este percurso investigativo, surgiram algumas conclusões:

- Como perfil sociodemográfico podemos dizer que a população é essencialmente feminina com uma idade de 50 anos, casados, detêm altos níveis de instrução e encontram-se empregados.
- Os fatores contextuais que caracterizam os participantes mostram que os cuidadores são maioritariamente cônjuges ou filhos do doente, coabitam com ele, assumem o papel de cuidador há cerca de 7 anos e dedicam 9 horas do seu dia ao cuidado do seu familiar
- Os cuidadores informais possuem uma QDV moderada.
- O papel de cuidador tem um grande impacto na qualidade de vida dos cuidadores informais.
- A análise da associação entre variáveis mostrou que ser do sexo masculino, ter entre os 40 e os 60 anos, possuir níveis superiores de instrução, estar empregado, cuidar por solidariedade familiar/ pessoal, eram fatores que influenciavam positivamente a QDV dos Cuidadores Informais.
- A correlação entre as variáveis de contexto e a QDV são positivas e bastante significativas, o que nos permite inferir que os participantes que são cuidadores há mais de 5 anos e prestam cuidados por períodos superiores a 7 horas diárias possuem pior QDV.
- Não se correlacionaram com a QDV, no nosso estudo, o estado civil, e o estado clínico/estádio de doença.

Em síntese, o nosso estudo fortalece o paradigma de que a Doença de Huntington é uma doença da família, uma vez que as suas exigências e a sua gestão afeta todos os seus membros. Verificámos também que a QDV dos CI é globalmente afetada, existindo fatores (demográficos, contextuais e psicossociais) que podem agravar ou atenuar essas implicações. Deste modo, torna-se necessário dar uma atenção especial e profissional a este grupo de pessoas, o qual começa a ser considerado um grupo de risco, principalmente em relação à sua saúde mental, devido às alterações adversas que sofrem em diversas e importantes áreas da sua vida, nomeadamente na vida familiar e social.

O conhecimento dos vários fatores intervenientes permitirá uma abordagem mais proactiva da problemática favorecendo um campo de intervenções preventivas e de cuidados individualizados. Face às dificuldades apresentadas como “lidar com a dependência” urge a importância da formação sobre aspectos práticos do cuidar e do treino dos cuidadores. Assim como o investimento em modalidades que possibilitem as “pausas nos cuidados”, com a criação de internamentos temporários/assistência domiciliária, no sentido de permitir ao cuidador informal descansar, ir de férias ou ainda resolver pequenas situações do quotidiano. Não podemos esquecer que o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel preponderante neste âmbito. A prestação de cuidados especializados é de suma importância, de uma forma direta para o Doente de Huntington e indireta para o seu cuidador. Com a reabilitação física e cognitiva, contribuímos para a manutenção da saúde e retardaremos a evolução da doença, melhoramos a qualidade de vida do doente e ao mesmo tempo a do seu Cuidador Informal. Além disso seria de extrema importância e utilidade a criação de Centros/Unidades Especializados de Internamento para os Doentes de Huntington numa fase avançada da doença, que lhes permita receber cuidados especializados e assegurar a manutenção de uma vida com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Corea Huntington Española. (2006). *Cuidando al enfermo de Huntington: Una guía básica*. Acedido em http://www.portalsolidariocaburgos.org/portalsolidario/PUBLICACIONES/55_guiabasica.pdf

Aubeeluck, A. (2005). Caring for the carers: Quality of life in Huntington's disease. *British Journal of Nursing*, 14, 452-454.

Aubeeluck, A. V., Buchanan, H., & Stupple, E. J. (2012). All the burden on all the carers: Exploring quality of life with family caregivers of Huntington's disease patients. *Quality of life Research*, 21, 1425-1435.

Aubeeluck, A., & Buchanan, H. (2007). The Huntington's disease quality of life battery for carers: Reliability and validity. *Journal Compilation Clinical Genetics*, 71, 434-445.

Aubeeluck, A., Dorey, J., Squitieri, F., Clay, E., Stupple, E., Nicola, A., . . . Toumi, M. (2013). Further evidence of reability and validity of the Huntington's disease quality of life battery for carers: Italian and french translations. *Quality of Life Research*, 22, 1093-1098.

Correia, I. F. G. (2012). *Perturbações psicopatológicas no cuidador informal do doente mental* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1489>

Cox, M. (2012). Quality for life among carers of people with Huntington's disease. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 8, 288-294.

Figueiredo, C. G. (2012). *Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais familiares* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1799>

Figueiredo, C. G. (2013). *Vulnerabilidade ao stress do cuidador informal* (Dissertação de mestrado, Instituto Politecnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1971>

Geraldo, A. L. C. V. (2013). *Qualidade de vida da pessoa portadora de esclerose múltipla* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1965>

Gil-Mohapel, J. M., & Rego, A. C. (2011). Doença de Huntington: Uma revisão dos aspectos fisiopatológicos. *Revista de Neurociencias*, 19(4), 724-734. Acedido em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao%202004/595%20revisao.pdf>

Huntington's Disease Youth Organizacion. (2015). *Viver numa família com doença de Huntington*. Acedido em <http://pt.hdyo.org/eve/articles/62>

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente en contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Januário, C. (2011). *Doença de Huntington, onde estamos agora*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Kaptein, A., Scharloo, M., Helder, D., Snoei, L., Kempen, G., Weinman, J., . . . Roos, R. (2007). Qualify of life in couples living with Huntington's disease: The role of patients' and partners' illness perceptions. *Quality of Life Research*, 16, 793-801.

López del Val, L. J., & Burguera Hernández, J. A. (2010). *Enfermedad de Huntington: Claves y respuestas para un desafío singular*. Madrid: Panamericana.

Pereira, M. F. C. (2011). *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: Sobrecarga física, emocional, social e psicopatológica* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/7152>

Ruiz-Espiga, P. J. (2010). Manifestaciones motoras. In L. J. López del Val, & J. A. Hernández, *Enfermedad de Huntington: Claves y respuestas para un desafío singular* (pp. 25-30). Madrid: Panamericana.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.

Silva, A. H., Camelo, E. R., Melo, L. C., Souza, S. F., Silva, G. G., & Pereira, F. G. (2014). Huntington: Dificuldades enfrentadas pela família. *Journal of the Health Sciences Institute*, 32(2), 168-172. Acedido em http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/02_abr-jun/V32_n2_2014_p168a172.pdf

Silva, H. (2013). *Qualidade de vida e dificuldades de cuidadores informais de idosos com doença mental* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Beja.

Umphred, D. A., Burton, G. U., Lazaro, R. T., & Roller, M. L. (2010). *Reabilitação neurológica* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Vilela, L. P. B. (2012). *Qualidade de vida dos cuidadores informais do doente mental: Uma visão sobre o Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1647>

Williams, J., Skirton, H., & Paulsen, J. (2012). Family carer personal concerns in Huntington disease. *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 137-146. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05727.x>

Millenium, 2(ed espec nº1), 213-221.

TEMAS A INCLUIR NUM PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA FAMILIARES CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA, A RESIDIR NO DOMICÍLIO

THEMES TO INCLUDE IN A PSYCHO-EDUCATIONAL PROGRAMME FOR FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH DEMENTIA LIVING AT HOME

LOS TEMAS A INCLUIR EN UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS CON DEMENCIA QUE RESIDEN EN CASA

Lia Sousa^{1,2}

Carlos Sequeira²

Carme Ferré-Grau³

¹Centro Hospitalar de São João, EPE, Neurologia Adultos, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

³Universidade de Rovira y Virgili, Espanha



RESUMO

Introdução: A família, na maioria dos casos, assume os cuidados às pessoas com demência, a residir no domicílio. Os programas psicoeducativos visam ensinar um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais aos cuidadores familiares para lidarem com as dificuldades diárias e com o stress.

Objetivo: Identificar os temas a incluir num programa psicoeducativo para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio.

Métodos: revisão integrativa da literatura, focus groups e estudo Delphi.

Resultados: Os temas-chave validados para integrarem um programa psicoeducativo foram: a demência; comunicação e comportamento; atividades básicas e instrumentais de vida diária; estratégias de coping e de resolução de problemas; saúde física e mental do cuidador e utilização de recursos na comunidade.

Conclusões: Este trabalho permitiu identificar um conjunto de temas-chave a integrar um programa psicoeducativo para familiares cuidadores de pessoas com demência, o que pode ser uma mais-valia para a uniformização destas intervenções pelos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: Demência; Cuidadores familiares; Capacitação

ABSTRACT

Introduction: In the most of the cases are the family that assumes the care to people with dementia living at home. Psycho-educational programmes aim to teach a set of behavioral and cognitive skills to these caregivers to cope with the difficulties and stress.

Objective: To identify the themes to be included in a psycho-educational programme for family caregivers of people with dementia living at home.

Methods: integrative review, focus group and Delphi study.

Results: The themes validated to integrate a psycho-educational programme were: dementia, communication and behavior, basic and instrumental activities of daily living, coping strategies and problem solving; caregiver physical and mental health and the use of health and community resources.

Conclusions: This work identified some themes that must integrate a psychoeducational programme for family caregivers of people with dementia, which can be an added value for the standardization of these interventions by health professionals.

Keywords: Dementia; Family caregivers; Training programme

RESUMEN

Introducción: Mayormente es la familia que cuida de las personas con demencia a vivir en su casa. Los programas psicoeducativos pretenden enseñar un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales a los cuidadores familiares para hacer frente a las dificultades diarias y el estrés.

Objetivo: Identificar los temas que deben incluirse en un programa psicoeducativo para cuidadores familiares de personas con demencia a vivir en casa.

Métodos: revisión integradora de la literatura, grupos focales y estudio Delphi.

Resultados: Los temas validados para incluirse en un programa psicoeducaional fueron: la demencia, comunicación y el comportamiento, las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, salud física y mental del cuidador relaciones y el uso de los recursos en la comunidad.

Conclusiones: Este trabajo identificó una serie de temas clave que deben integrar un programa psicoeducativo para cuidadores familiares de personas con demencia, que puede ser un valor añadido para la estandarización de estas intervenciones por los profesionales de la salud.

Palabras Clave: Demencia; Cuidadores familiares; Programas de formación



INTRODUÇÃO

No contexto demográfico atual, a demência é uma prioridade de saúde pública (World Health Organization, 2012). A demência compreende défice cognitivo, sendo o mais comum o défice de memória, e acarreta dependência significativa nas atividades diárias (American Psychiatry Association, 2013). A maioria das pessoas com esta síndrome reside no domicílio e são os familiares quem lhes presta cuidados; sendo que estes, muitas vezes, não possuem conhecimentos nem habilidades para desempenhar tal tarefa.

Como resposta a esta realidade, cada vez mais países têm vindo a desenvolver programas de suporte e capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio; porquanto sabe-se que este tipo de intervenções acarretam benefício para a pessoa com demência, para o cuidador e para os serviços de saúde, pois o recurso aos serviços e a institucionalização é retardada (Toseland, 2004).

Os programas de capacitação para estes cuidadores fazem ainda mais sentido quando a pessoa com demência se encontra num estádio inicial ou moderado; devido às alterações psicológicas e comportamentais características destas fases da patologia é necessário que o cuidador adquira um conjunto de conhecimentos acerca da doença e um conjunto de habilidades comunicacionais e de gestão de comportamento (Sousa, Sequeira, Ferré-Grau, Neves e Lleixà-Fortuño, 2016a).

Na literatura podem encontrar-se vários tipos de intervenções com familiares cuidadores de pessoas com demência, desde o aconselhamento individual e familiar, a psicoeducação, grupos de apoio emocional, programas de treino de competências, programas de componentes múltiplas, programas de psicoterapia, programas cognitivo-comportamentais, intervenções com recurso a “tecnologia”, entre outros (Gallagher-Thompson, et al., 2012). Contudo, capacitar um cuidador familiar implica dotá-lo de conhecimentos e habilidades e, neste sentido, a psicoeducação parece ser a intervenção que responde de forma mais eficiente.

Este artigo reporta-se a uma parte de um trabalho mais extenso que visa construir e validar um programa psicoeducativo para capacitar familiares cuidadores de pessoas com demência a cuidarem melhor no domicílio (Sousa et al., 2016a; Sousa, Sequeira, Ferré-Grau, Neves e Lleixà-Fortuño, 2016b). O excerto do trabalho aqui apresentado tem como objetivo identificar os temas que devem ser incluídos num programa psicoeducativo para cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Programas de Psicoeducação para Cuidadores Familiares de Pessoas com Demência

Ser cuidador familiar de uma pessoa com demência é uma tarefa árdua, que exige disponibilidade física, mental e de tempo. Devido às múltiplas tarefas que o cuidador tem de realizar, o desempenho deste papel acarreta consequências para a sua saúde física e mental (Lopes e Cachioni, 2012), sendo vários os estudos que abordam estas consequências e constatam a necessidade de intervenção junto desta população.

A intervenção com os cuidadores familiares de pessoas com demência pode ser realizada através de várias abordagens, contudo as intervenções psicoeducativas têm-se assumido como mais eficazes e apresentam resultados mais consistentes no aumento das habilidades e dos conhecimentos dos cuidadores familiares e na redução da sobrecarga e depressão (Figueiredo, Guerra, Marques e Sousa, 2012; Lopes e Cachioni, 2012).

A intervenção psicoeducativa nos familiares cuidadores de pessoas com demência engloba uma componente educacional, acerca do diagnóstico, da progressão nas diferentes fases da doença, das alterações comportamentais e psicológicas, da gestão do comportamento e da comunicação, dos cuidados diários, dos recursos comunitários e do enquadramento legal e uma componente emocional, através da abordagem de questões como as emoções, as expectativas, a sobrecarga e da partilha entre cuidadores (Santos, Sousa, Brasil e Dourado, 2011).

Os programas psicoeducativos devem ser estruturados, limitados no tempo e ter objetivos concretos centrados nas necessidades específicas de cada cuidador (Lopes e Cachioni, 2012). Este tipo de programas podem ser concretizados individualmente ou em grupo. Embora ambas as tipologias apresentem vantagens e desvantagens, a abordagem individual permite uma intervenção centrada nas necessidades específicas do cuidador e pode ser aplicada em diferentes contextos, como os cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e até mesmo em visita domiciliária (Sousa, 2016b). Por outro lado, as intervenções em grupo podem não dar resposta a necessidades individuais. Assim, programas individuais podem ser mais adaptados e ajustados a cada um dos familiares cuidadores (Sousa, 2016a).

Os resultados das intervenções psicoeducativas traduzem-se em melhoria do bem-estar do cuidador, aquisição de estratégias de coping, diminuição de sentimentos e pensamentos disfuncionais, melhoria da autoeficácia, entre outros benefícios (Lopes e Cachioni, 2012).



Apesar dos resultados positivos que estes programas têm apresentado, os seus benefícios são tanto maiores quanto mais ajustados às necessidades dos cuidadores. Cada cuidador familiar é único e apresenta necessidades singulares, contudo, importa identificar os temas que devem ser obrigatoriamente abordados nestes programas, para que exista uma base comum, que permita comparar resultados entre programas e assegurar que é transmitida ao cuidador um padrão mínimo de informação.

2. MÉTODOS

Para identificar os temas que devem ser incluídos num programa psicoeducativo para familiares cuidadores de pessoas com demência, a residir no domicílio utilizaram-se três métodos de pesquisa: a revisão integrativa da literatura, o focus group e o estudo Delphi.

Ao longo do estudo foram salvaguardadas todas as questões éticas e os peritos participaram livremente em todo o processo e autorizaram a utilização dos resultados para fins científicos.

2.1 Revisão Integrativa da Literatura

O fragmento da revisão integrativa aqui apresentado insere-se numa revisão integrativa mais alargada e que teve como objetivo descrever as principais características dos programas de capacitação para o exercício do papel de familiar cuidador de uma pessoa com demência (Sousa, 2016a).

A revisão seguiu os passos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008). A pesquisa bibliográfica realizou-se durante o mês de Março de 2014, nas bases de dados Pubmed, CINAHL, Mediclatina e Medline e utilizaram-se os mesh terms: training program, family caregivers, dementia, aged.

Foram incluídos os estudos desenvolvidos nos últimos 10 anos, com texto integral em acesso livre e escritos em inglês, português ou espanhol. Foram identificados 140 artigos, dos quais 132 foram eliminados, após a leitura dos títulos, dos resumos e dos textos integrais; pois eram repetições, abordavam programas para familiares cuidadores de pessoas com outras patologias que não a demência, apresentavam programas para idosos institucionalizados, relatavam grupos de apoio para familiares cuidadores, ou estratégias de prevenção de depressão, ansiedade e sobrecarga, relatavam experiências de uso de serviços formais ou eram editoriais ou posters.

Integraram a revisão oito artigos científicos dos seguintes autores: Miller, Samuel, Barnas e Welker, 2014; Samia, Hepburn e Nichols, 2012; Ducharme, et al., 2011 ; Gavrilona, et al., 2009; Hepburn, Lewis, Tornatore, Sherman e Bremer, 2007; Chien e Lee, 2010 ; Judge, Yarry e Orsulic-Jeras, 2009 e Boise, Congleton e Shannon, 2005. Estes foram submetidos a análise de conteúdo categorial, com categorias previamente estabelecidas, sendo que uma dessas categorias, que aqui apresentamos, dizia respeito aos temas incluídos nos programas de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência. Para a análise e descrição dos resultados utilizou-se estatística descritiva.

2.2 Focus Group

O fragmento do focus group aqui apresentado insere-se num trabalho mais alargado que teve como objetivo identificar as características definidoras de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência, a residir no domicílio (Sousa, 2016b).

Em Março de 2015 realizaram-se dois Focus Group, um no Porto, com a participação de sete peritos e outro em Tarragona, com a participação de 11 peritos. Os peritos foram selecionados através de uma amostragem de conveniência em instituições de saúde e de ensino dessas cidades e os critérios de inclusão utilizados foram: ser enfermeiro e ter, pelo menos, cinco anos de experiência com cuidador familiar de pessoas com demência.

Uma das várias questões colocadas aos peritos nos focus groups foi “quais os temas a serem incluídos num programa de capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio?”. As respostas foram gravadas com autorização dos participantes e transcritas de seguida para se proceder à análise dos dados. Em cada um dos focus groups esteve presente um investigador principal, que conduziu o grupo, e um investigador assistente, que procedeu à gravação e à observação e registo de informações pertinentes.

Nos resultados foram incluídos os itens que obtiveram concordância positiva de pelo menos 16 (90%) dos 18 participantes nos dois focus groups.



2.3. Estudo Delphi

Com os resultados obtidos na revisão integrativa e nos focus groups construiu-se um “programa-tipo” de capacitação para cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio que foi submetido a um estudo Delphi, de uma ronda, tendo sido seguidos os cinco passos descritos por Justo (2005) para este método.

Foram identificados 54 peritos (34 portugueses e 20 espanhóis), entre os meses de Abril e Maio de 2015, recorrendo-se a uma amostragem intencional, através de contacto via correio eletrónico com representantes de instituições de saúde, de ensino e associações não-governamentais portuguesas e espanholas que prestam cuidados a idosos com demência e aos seus familiares. Estes obedeciam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro e ter, pelo menos, três anos de experiência profissional com cuidadores familiares de pessoas com demência. Responderam ao questionário eletrónico 26 peritos (15 portugueses e 11 espanhóis).

O questionário eletrónico era composto por várias questões relativas a programas de capacitação e uma delas dizia respeito aos temas que deveriam ser incluídos no programa, sendo apresentada uma lista de possíveis temas, onde os peritos teriam de assinalar a sua concordância através de uma escala tipo Likert, composta por cinco níveis, desde discordo totalmente a concordo totalmente. Foram realizadas duas versões do questionário eletrónico, uma em português e outra em castelhano.

Foram estabelecidos critérios de consenso e concordância para as respostas. Assim, considerou-se com concordância positiva, as respostas que obtiveram uma concordância igual ou superior a 50% (Scarparo, Laus, Azevedo, Freitas, Gabriel e Chaves, 2012). Sendo que a concordância positiva é definida pela soma da percentagem das respostas assinaladas como “concordo” e “concordo totalmente”. Para esta concordância positiva foram estabelecidos três níveis de consenso: perfeito (Concordância positiva = 100%); forte ($70\% \leq$ Concordância positiva $<100\%$) e moderado ($50\% \leq$ Concordância positiva $<70\%$). Para a análise das respostas utilizou-se estatística descritiva.

3. RESULTADOS

3.1 Revisão Integrativa

Os oito artigos que integraram a revisão são na sua maioria (50%) estudos experimentais controlados, seguindo-se os estudos experimentais não controlados (25%). A maioria, dos estudos (63%), foi realizada nos Estados Unidos da América, sendo os restantes realizados no Canadá, na Rússia e no Japão.

Na tabela 1 pode observar-se os temas incluídos nos estudos revistos.

Tabela 1 – Temas incluídos nos estudos abordados na revisão integrativa

Temas	Número de estudos em que é incluído
Cuidados à pessoa com demência e estratégias para assistir nas atividades básicas de vida diárias	3
Como comunicar em diferentes situações (melhorar a comunicação com a pessoa com demência, efetividade da comunicação, comunicar sentimentos, necessidades e preocupações e comunicar em situações desafiantes)	5
Planejar o futuro e tomar decisões	3
Importância do familiar cuidador cuidar de si	3
Estratégias de coping e de redução do stress	2
Relações e apoio dos familiares e amigos	2
Conhecimento e utilização de serviço de saúde e comunitários	3
Informação sobre a demência e sobre a perda de memória (prognóstico, tratamento e atingimento dos processos cognitivos)	3
Lidar com o impacto emocional do cuidar	3



3.2 Focus Group

Nos dois grupos a média de idades dos peritos era 39 anos e a média de anos de experiência com familiares cuidadores de pessoas com demência era 12 anos. A maioria eram mulheres (67%), sem especialidade em enfermagem (56%), sendo que os restantes 44% tinham especialidade em saúde mental e psiquiatria (33% - peritos portugueses) ou geriatria (11% - peritos espanhóis). A maioria dos peritos (89%) trabalha na prestação de cuidados direta às pessoas com demência e seus familiares e os restantes 11% no ensino de enfermagem, tendo experiência comprovada com esta população.

Alguns dos temas que emergiram dos focus group e que foram validados unanimemente (100%) pelos peritos constam na tabela 2.

Tabela 2 – Principais temas resultantes dos focus groups

Temas
A doença, suas fases e características
Alterações psicológicas e comportamentais
Melhorar a comunicação
Atividades básicas e instrumentais de vida diária
Técnicas para manter a saúde física e mental do cuidador familiar
Estratégias de coping e técnicas de resolução de problemas
Conhecimento e utilização dos recursos de saúde e da comunidade

3.3 Estudo Delphi

No grupo de peritos que participou no estudo, a idade média era de 42,7 anos e a média de anos de experiência profissional com cuidadores familiares de pessoas com demência é de 11,9 anos. Eram maioritariamente mulheres (54%), com especialidade em saúde mental e psiquiatria (54%), que exercem funções na área hospitalar (35%) e que residem em Portugal (56%).

Na tabela 3 podem observar-se os principais temas mais resultantes do estudo Delphi e os respetivos níveis de consenso.

Tabela 3 – Principais temas resultantes do estudo Delphi

Temas	Nº respostas (%)/Níveis de Consenso
O que é a demência.	26 (100%) Consenso Perfeito
Fases da doença e alterações esperadas em cada fase.	25 (96,2%) Consenso Forte
Alterações comportamentais e psicológicas associadas à doença.	26 (100%) Consenso Perfeito
Estratégias de gestão da comunicação.	25 (96,2%) Consenso Forte
Estratégias de gestão do comportamento.	25 (96,2%) Consenso Forte
Dificuldade da pessoa com demência nas atividades básicas de vida diária.	26 (100%) Consenso Perfeito
Estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades básicas de vida diária.	26 (100%) Consenso Perfeito
Dificuldade da pessoa com demência nas atividades instrumentais de vida diária.	26 (100%) Consenso Perfeito
Estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades instrumentais de vida diária.	26 (100%) Consenso Perfeito
Identificar estratégias de coping com o familiar cuidador.	26 (100%) Consenso Perfeito
Treinar o uso das estratégias de coping.	26 (100%) Consenso Perfeito
Importância de manter a saúde física e mental.	26 (100%) Consenso Perfeito
Identificar atividades físicas e relaxantes que o cuidador possa executar em casa.	26 (100%) Consenso Perfeito
Instruir e treinar técnicas de relaxamento.	25 (96,2%) Consenso Forte
Identificação problemas relacionais associados ao papel de cuidador	25 (96,2%) Consenso Forte



Informar sobre os recursos existentes na comunidade e sobre as suas funções.	26 (100%) Consenso Perfeito
Informar sobre como aceder a cada um dos serviços.	26 (100%) Consenso Perfeito

4. DISCUSSÃO

As necessidades dos cuidadores familiares de pessoas com demência são diversas, pelo que os temas a abordar num programa de psicoeducação podem ser igualmente abrangentes, contudo existem alguns temas cuja inclusão neste tipo de programas parece fundamental. Os resultados encontrados neste trabalho permitem identificar um conjunto de temas-chave a serem abordados nestes programas.

Em primeiro lugar destaca-se o tema - demência e suas características; que surge em vários estudos internacionais, tais como Chien e Lee (2010); Judge, et al. (2009) e Samia, et al. (2012). Informar acerca da demência é fundamental, visto que existe uma lacuna de conhecimento sobre a doença e os distúrbios associados entre os pacientes e os cuidadores familiares, o que é uma barreira nos cuidados a estas pessoas (Gallagher-Thompson, et al., 2012). A inclusão de questões relacionadas com a patologia e as suas fases e manifestações são corroborados por Nelis, Quinn e Clare (2007), numa revisão realizada em parceria com a The Cochrane Collaboration, propõem a educação acerca da demência nos programas de intervenção com os cuidadores, nomeadamente no que diz respeito ao diagnóstico, evolução/fases, implicações e medicação. Informar acerca destes aspectos ajuda o cuidador familiar a sentir-se seguro para lidar com as manifestações próprias da doença (Leite, Menezes, Lyra e Araújo, 2014).

O tema - gestão da comunicação e do comportamento, também é importante, visto que, alterações a este nível são comuns nas fases inicial e moderada da doença e são causadoras de stress para o cuidador familiar, que muitas vezes, não sabe como agir. A abordagem destas temáticas é sugerida por vários autores na área, que defendem que os cuidadores devem ser educados em técnicas de comunicação, a observar, a falar, a ouvir, a colocar questões e a procurar estratégias de comunicação alternativas (Cohen-Mansfield, 2005; Nelis, Quinn e Clare, 2007; Silva, 2009).

Abordar o tema - assistência nas atividades diárias é fundamental, pois as pessoas com demência em fase inicial ou moderada não têm grandes limitações físicas, mas necessitam de supervisão ou assistência para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Neste sentido, é crucial dotar os cuidadores familiares de conhecimentos e habilidades para identificar as dificuldades dos seus familiares e desenvolver estratégias que suprimam as necessidades, mas mantenham e maximizem a autonomia das pessoas com demência. Os desafios da vida quotidiana que o cuidador familiar enfrenta são versados em vários estudos internacionais, como o de Miller, et al. (2014), que visa ensinar os cuidadores familiares de pessoas com demência a desenvolver estratégias seguras e eficazes para assistir nas atividades diárias.

Cuidar de uma pessoa com demência expõe muitas vezes o cuidador a um conjunto de situações e exigências que obrigam a uma tomada de decisão rápida e ao estabelecimento de prioridades. Facto que nem sempre é fácil, pelo que necessita ser treinado. Deste modo, as estratégias de coping e de resolução de problemas dos cuidadores familiares devem ser integrados nos programas de psicoeducação, nomeadamente no estudo "Learning to become a family caregiver", (Ducharme, et al., 2011). Neste são abordados a percepção dos cuidadores sobre o cuidar; as estratégias de coping para lidar com o stress e a utilização dos pontos fortes e experiências de cada um para cuidar melhor da pessoa com demência.

Ensinar o cuidador familiar a manter a sua saúde física e mental é um tema essencial, pois o desempenho do papel de cuidador familiar acarreta uma série de alterações físicas e mentais que podem levar a transtornos na saúde, como stress, ansiedade, ou mesmo a depressão. Na revisão de Nelis, Quinn e Clare (2007) uma das áreas propostas para abordar nas intervenções com cuidadores familiares é precisamente o aconselhamento sobre como cuidar de si próprio. Estudos como os de Samia, et al. (2012) e Chien e Lee (2010) integram módulos acerca da importância da realização de atividades de promoção da saúde física e mental do cuidador. Inclusivamente, o estudo de Boise, et al. (2005) inclui atividades e técnicas simples de relaxamento.

O tema - conhecimento e utilização dos recursos comunitários, é destacado por alguns autores internacionais, como Stirling, et al. (2010) e Ducharme, et al. (2011). A mobilização de recursos na comunidade é fundamental para os cuidadores familiares, permitindo-lhes encontrar ajuda para o desempenho do seu papel, manterem-se informados acerca dos seus direitos e retardarem a institucionalização das pessoas com demência.

A identificação dos temas que devem estar na base dos programas de psicoeducação para cuidadores familiares de pessoas com demência é fundamental para a prática clínica dos profissionais de saúde que intervêm com este grupo; visto que, apesar das particularidades de cada cuidador, importa ter um denominador comum para nortear a intervenção. Conhecer um "conjunto-base" de temas que devem ser abordados com os cuidadores permite que exista um padrão mínimo de transmissão de conhecimentos e de aquisição de habilidades para todos os cuidadores familiares que integram programas de psicoeducação. Este espectro pode e deve ser alargado e particularizado consoante as necessidades específicas de cada cuidador.

CONCLUSÕES

Este trabalho permitiu identificar um conjunto de temas-chave a incluir em programas psicoeducativos para cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio, sendo eles: a demência e suas características, gestão da comunicação e do comportamento, assistência nas atividades diárias, estratégias de coping e de resolução de problemas, saúde física e mental do cuidador e recursos comunitários.

Os temas a incluir devem ser identificados e organizados de acordo com a avaliação do profissional de saúde e tendo em conta as particularidades de cada cuidador; mas conhecer estes temas essenciais permite uniformizar a intervenção junto dos cuidadores e assegurar um padrão mínimo de conhecimento.

Apesar de importantes para a prática clínica, estes resultados devem ser observados à luz das limitações do estudo, nomeadamente da reduzida amplitude de estudos contidos na revisão da literatura e da amostra algo escassa de peritos que integraram os focus groups e o estudo Delphi. Contudo, há necessidade de continuar as investigações nesta área, particularmente, construindo e validando programas psicoeducativos para cuidadores familiares de pessoas com demência, a residir no domicílio.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington (Virginia): American Psychiatric Association.

Boise, L., Congleton, L., & Shannon, K. (2005). Empowering family caregivers: The powerful tools for caregiving program. *Educational Gerontology*, 31(7), 573-586. doi:10.1080/03601270590962523

Chien, W. T., & Lee, I. Y. M. (2010). Randomized controlled trial as a dementia care programme for families of home-resided older people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 774-787. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05537.x

Cohen-Mansfield, J. (2005). Nonpharmacologic interventions for persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(2), 129-145. Acedido em http://journals.lww.com/actjournalonline/Abstract/2005/04000/Nonpharmacological_Interventions_for_Persons_With.7.aspx

Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Kergoat, M., Legault, A., Beaudet, L., & Zarit, S. (2011). Learning to become a family caregiver: Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *The Gerontologist*, 51(4), 484-494. doi:10.1093/geront/gnr014

Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, S. (2012). Psycho-educational support to family and formal caregivers of older people with dementia. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(11), 31-55. Acedido em <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/lil-766894>

Gallagher-Thompson, D., Tzang, Y., Au, A., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., ... Shyu, Y. (2012). International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia caregivers: a review. *Clinical Gerontologist*, 35(4), 316-355. doi:10.1080/07317115.2012.678190

Gavrilona, S. I., Ferri, C. P., Mikhaylova, N., Sokolova, O., Banerjee, S., & Prince, M. (2009). Helping cares to care the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(4), 347-354. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2126/abstract>

Hepburn, K., Lewis, M., Tornatore, J., Sherman, C. W., & Bremer, K. L. (2007). The savvy caregiver: The demonstrated effectiveness of a transportable dementia caregiver psychoeducation program. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(3), 30-36. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17378189>

Judge, K. S., Yarry, S. J., & Orsulic-Jeras, S. (2009). Acceptability and feasibility results of a strength-based skills training program for dementia caregiving dyads. *The Gerontologist*, 50(3), 408-417. doi:10.1093/geront/gnp138

Justo, C. (2005). *A técnica de Delphi de formação de consensos*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>

Leite, C., Menezes, T., Lyra, E., & Araújo, C. (2014). Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: Uma



revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 63(1), 48-56. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852014000100048&script=sci_abstract&tlang=pt

Lopes, L., & Cachioni, M. (2012). Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 252-261. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/09.pdf>

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext

Miller, R., Samuel, P., Barnas, J., & Welker, K. (2014). Addressing everyday challenges: Feasibility of a family caregiver program for people with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 212-220. doi:10.5014/ajot.2014.009829

Nelis, S., Quinn, C., & Clare, L. (2007). *Information and support interventions for informal caregivers of people with dementia (Protocol)*. The Cochrane Database of Systematic, 2. doi:10.1002/14651858.CD006440

Samia, L., Hepburn, K., & Nichols, L. (2012). Flying by the seat of our pants: What dementia family caregivers want in an advanced caregiver training program? *Research in Nursing & Health*, 35(6), 598-609. doi:10.1002/nur.21504

Santos, R., Sousa, M., Brasil, D., & Dourado, M. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 161-167. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a09v38n4.pdf>

Scarparo, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 242-51. Acedido em <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980026.pdf>

Silva, A. M. A. (2009). *Efetividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos cuidadores familiares de pessoas idosas com demência* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2375>

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016a). Training programmes for family caregivers of people with dementia living at home: Integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/jocn.13266

Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016b). Characteristics of a training programme for family caregivers of a person with dementia living at home. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 3, 33-38. Acedido em https://issuu.com/spesm/docs/revista_especial_3_final

Stirling, C., Andrews, S., Croft, T., Vickers, J., Turner, P., & Robinson, A. (2010). Measuring dementia carers' unmet need for services: An exploratory mixed method study. *BMC Health Services Research*, 10, 1-10. doi:10.1186/1472-6963-10-122

Toseland, R. (2004). *Caregiver education and support programs: Best practice models*. California: Family Caregiver Alliance.

World Health Organization, & Alzheimer's Disease International. (2012). *Dementia: A public health priority*. Geneva: WHO. Acedido em <http://www.humana-mente.com/resources/relatorio-OMS-demencia.pdf>

Millenium, 2(ed espec nº1), 223-231.

SAÚDE OCUPACIONAL EM CUIDADORES: UM ESTUDO DE CLIMA ORGANIZACIONAL EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS

OCCUPATIONAL HEALTH OF HEALTHCARE PROVIDERS: AN ORGANIZATIONAL CLIMATE STUDY IN RESIDENTIAL STRUCTURES FOR THE ELDERLY

SALUD OCUPACIONAL EN CUIDADORES: UN ESTUDIO DE CLIMA ORGANIZACIONAL EN ESTRUCTURAS RESIDENCIALES PARA LA TERCERA EDAD

*Patrícia Araújo*¹

*Mariana Ferreira*²

*Rosina Fernandes*³

¹IPAM-Instituto Português de Administração e Marketing, Universidade Europeia, Portugal

²Venerável Ordem de S.Francisco, Portugal

³CI&DETS and ESEV - Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: O aumento da esperança média de vida constitui-se como uma das maiores conquistas humanas, no entanto, revela-se em simultâneo um enorme desafio. O aumento do número de pessoas idosas levou ao crescimento de respostas sociais adequadas e reguladas por critérios de qualidade oficiais, as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI's). Contudo, apesar dos critérios de qualidade pelas quais se regem, são parcias as investigações e intervenções no âmbito do clima organizacional (CO) nestas instituições.

Objetivo: Analisar o CO em cinco ERPI's.

Métodos: Participaram 108 trabalhadores, a maioria mulheres (73%), com uma idade média de 39.76 (± 10.57) e com contrato de trabalho sem termo (88%). O instrumento, construído especificamente para este estudo, inclui 50 itens distribuídos por dez dimensões.

Resultados: Os resultados revelaram que apesar de, no geral, a percepção de CO ser considerada moderadamente satisfatória, os trabalhadores reportaram valores elevados de insatisfação na dimensão da pressão sobre o sistema músculo-esquelético e com o sistema de recompensas. Algumas variáveis sociodemográficas e profissionais revelaram-se significativas no CO, nomeadamente nos níveis de estresse que se mostraram baixos.

Conclusões: apontam pistas para a intervenção organizacional nas cinco ERPI's e discutem-se futuras investigações na área da avaliação do CO nestas estruturas.

Palavras-chave: Saúde Ocupacional; Estruturas Residenciais para Idosos; Clima Organizacional; Satisfação

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy is one of the greatest human achievements, however, proves to be simultaneously a huge challenge. The increasing number of elderly led to the growth of appropriate social responses, regulated by official quality criteria, the Residential Structures for Elderly (ERPI's). However, despite the quality criteria regulated, we found few investigations and interventions about organizational climate (OC) at these institutions and the practice of its assessment is not yet widespread.

Objective: analyze the OC in five ERPI's.

Methods: 108 workers participated in the study, mostly women (73%), with an average age of 39.76 (± 10.57) and with permanent employment contract (88%). The instrument was built specifically for this study and included 50 items organized on ten dimensions.

Results showed that although in general the OC perception could be considered moderately satisfactory, workers reported high levels of dissatisfaction about pressure on the musculoskeletal system and with reward system. Some socio-demographic and professional variables were significant in OC, particularly in stress levels, that nonetheless proved to be low.

Conclusions: the results pointing strategies to organizational intervention in the five ERPI's and discuss future research in OC assessment in these structures.

Keywords: Occupational Health; Residential Structures for Elderly; Organizational Climate; Satisfaction

RESUMEN

Introducción: El aumento de la esperanza media de vida es uno de los grandes logros de la humanidad, sin embargo, resulta ser al mismo tiempo un enorme desafío. El número creciente de personas de edad avanzada llevó al crecimiento de las respuestas sociales, apropiadas y reguladas por criterios de calidad, las Estructuras Residenciales para la Tercera Edad (ERPI's). Sin embargo, a pesar de los criterios de calidad por los que se pueden gobernar, son escasas las investigaciones e intervenciones en el marco del clima organizacional (CO) en estas instituciones.

Objetivo: analizar el CO de cinco ERPI.

Métodos: Participado 108 trabajadores, en su mayoría mujeres (73%), con una edad media de 39,76 (± 10.57) y con contrato fijo (88%). El instrumento fue construido específicamente para este estudio y incluye 50 afirmaciones distribuidas en diez dimensiones.

Resultados: mostraron que, aunque en general la percepción de CO se puede considerarse moderadamente satisfactoria, los trabajadores tenían altos niveles de insatisfacción en la presión sobre el sistema muscular esquelético y en el sistema de recompensa. Algunas variables socio-demográficas y profesionales fueron significativas en CO, sobre todo en los niveles de estrés, que resultó bajo.

Conclusiones: Los resultados, señalando pistas sobre la intervención en los cinco ERPI y se discute la investigación futura en la evaluación del CO en estas estructuras.

Palabras clave: Salud Ocupacional; Estructuras Residenciales para la Tercera Edad; Clima Organizacional; Satisfacción



INTRODUÇÃO

As organizações laborais são organismos centrais na vida humana, uma vez que permitem a autorrealização e a prossecução de objetivos que, individualmente, o ser humano não atingiria e podemos defini-las como “duas ou mais pessoas que trabalham juntas e de modo estruturado para alcançar um objetivo específico ou um conjunto de objetivos” (Mello, 2004, p. 30). São também contextos onde as pessoas passam grande parte da vida: nascemos, aprendemos, trabalhamos, casamos e morremos em organizações (Araújo & Jordão, 2011). Atendendo a que a centralidade do trabalho atingiu o pico mais elevado da história, é “reconhecido, largamente, que as pessoas devem ter direito a um local de trabalho seguro e saudável” (Quick & Tetrck, 2003, p. 2).

A psicologia ocupacional da saúde é um ramo recente e tem como objetivo “desenvolver, manter e promover a saúde dos trabalhadores” (Quick & Tetrck, 2003, p. 6). Outro conceito recente é o de ‘organização saudável’ que pode ser definida como “one that survives but also that continues to cope adequately over the long haul, continuously developing and expanding its coping abilities”. Um dos aspectos fundamentais a ter em conta nas organizações saudáveis, é a manutenção de um clima organizacional (CO) percecionado de forma ajustada pelos trabalhadores.

Neste sentido, esta investigação procura analisar o CO em organizações acolhedoras de pessoas idosas, nomeadamente as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), enquadradas pela Portaria n.º 67/2012, de 21 de março.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento populacional verifica-se a uma escala global nos países industrializados e Portugal não é exceção. Em 1960, apenas 8% da população tinha mais de 65 anos, em 2001 este valor duplicou para 16,4% e em 2011 eram já 19% (Pordata, 2014). Ocorre também um aumento de pessoas com mais de 75 anos e uma feminização da velhice, prevendo-se que em 2050 Portugal seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas (Almeida, 2008).

As causas do envelhecimento mundial são consensuais: diminuição da natalidade, evolução tecnológica, aumento da esperança de vida e saldos migratórios (Almeida, 2008) provocando a criação de respostas, entre as quais as ERPI's, que materializam um modelo que surge na Europa no século XVI (Daniel, 2009) ligado “a ordens militares e religiosas ou (...) criadas pela iniciativa de reis, rainhas e outros nobres” (Almeida, 2008, p. 71) e cuja existência passou por diversas denominações: “albergarias, mercearias, hospitais, gafarias ou leprosarias (...) asilos, hospícios e lares” (Almeida, 2008, p. 71). Independentemente do tipo de resposta existente, atualmente, o seu número tem aumentado (Tabela 1).

Tabela 1 - Evolução dos equipamentos para pessoas idosas, em Portugal

	Lares	Centros de Dia	Centros de Convívio	Assistência Domiciliária
1970	214	0	0	0
1981	322	145	60	28
1994	669	951	203	784
2000	1407	1542	447	1581

Nota: Adaptado de “A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares. Aspetos e contextos da Qualidade de Vida” de A. Almeida, 2008

Como consequência, emergem as atualmente denominadas ERPI's, que se podem definir como:

o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes. (Despacho Normativo n.º 12/98, 1998, p.767)

Devido ao elevado crescimento e preocupação social com a população idosa, surgem também os Modelos de Avaliação da Qualidade, implementados pelo Instituto da Segurança Social (ISS) em Portugal, para homogeneizar e garantir a qualidade das cerca de 13.000 respostas sociais, de diversas tipologias, existentes hoje (Portugal, Instituto Segurança Social, s.d.).

Neste âmbito, a avaliação do CO revela-se fundamental. Este é um dos constructos de maior complexidade na área organizacional porém não existe um consenso entre os pesquisadores da área que permita encontrar uma definição única (Menezes, Sampaio, Gomes, Teixeira, & Santos, 2009).

A ideia base do CO já estava implícita na Escola das Relações Humanas, de Elton Mayo, nos anos 30 do século XX (Mello, 2004),

porém a investigação sobre CO ganha maior popularidade a partir da década de 50 do século XX (Menezes et al., 2009) e a partir dos anos 90 do século XX começa a ser investigado aprofundadamente. Atualmente, os trabalhadores já estão familiarizados com a noção de CO, que surge frequentemente com outras nomenclaturas: “o CO pode ser traduzido por aquilo que as pessoas costumam chamar de ambiente de trabalho” (Mello, 2004, p. 57).

Para uma definição alargada optou-se pela visão de Zohar (2003, p. 124): “organizational climate refers to shared perceptions among members of an organization with regard to its fundamental properties – in other words, policies, procedures and practices”. O CO influencia “direta e indiretamente os comportamentos, a motivação, a produtividade do trabalho e também a satisfação das pessoas” (Silva, 2007, p. 35).

No que respeita às ERPI's, constata-se que a maioria da investigação se foca no burnout, estresse ou bem-estar em cuidadores de pessoas idosas (Daniel, 2009), sendo os estudos sobre CO quase inexistentes ou a sua publicação incomum.

3. MÉTODOS

Optou-se por uma metodologia quantitativa para concretizar o principal objetivo desta investigação: analisar o CO em ERPI's.

3.1. Amostra

Este estudo contou com a participação de 108 trabalhadores duma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), situada no Norte de Portugal, constituída por cinco ERPI's. A amostra é constituída por todos os colaboradores (n=108) que se disponibilizaram para participar (taxa de resposta de 92%). Na Tabela 2 apresenta-se a caraterização dos participantes.

Tabela 2 - Caraterização da amostra

	M	DP	Min.	Máx.
			n	%
Idade	39.76	10.57	18	57
Tempo de trabalho (meses)	84.39	69.82	1	313
Sexo				
Feminino			97	72.9%
Masculino			11	27.1%
Escolaridade				
1º - 4º ano			15	13.9%
5º - 9º ano			42	38.9%
10º – 12º ano			25	23.1%
Mais que 12º ano			15	13.9%
Não responde			11	10.2%
Tipo de vínculo				
Contrato sem termo			95	88.0%
Contrato a prazo			8	7.4%
Prestador de serviços			5	4.6%

3.2. Instrumento

Um dos grandes desafios da investigação do CO respeita “à criação de itens que sejam sensíveis à mensuração de características particulares de cada realidade de trabalho” (Menezes et al., 2009, p. 314) e dado que não se encontraram instrumentos de CO para ERPI's, optou-se pela construção de um instrumento ajustado às necessidades desta organização.



Ademais, de acordo com Lima e Albano (2002), uma investigação adequada sobre o CO deve começar exatamente pela escolha e definição operacional das variáveis e a seleção dos itens pertinentes deverá ser discutida com os gestores da organização. Seguindo estas advertências, envolveu-se a chefia na construção do instrumento. Primeiro, sintetizando várias dimensões de instrumentos de medição do CO (Human Resources Survey, 2014), depois debatendo-se as dimensões a analisar de forma a ir ao encontro das necessidades. A construção dos itens das subescalas foi realizada através da adaptação de itens dos instrumentos já referidos e também da Escala do Clima Organizacional (Martins, Oliveira, Silva, Pereira, & Sousa, 2004).

Após uma primeira parte de caracterização sociodemográfica, a versão final incidiu sobre dez áreas ligadas ao CO: 1) respeito pelos outros; 2) satisfação e reconhecimento; 3) trabalho em equipa; 4) liderança; 5) comunicação; 6) ambiente físico; 7) ética e profissionalismo; 8) tomada de decisões; 9) pressão do sistema músculo-esquelético; e 10) estresse. Estas dimensões foram abordadas em 50 itens, respondidos numa escala de Likert de 1 a 5 (1 - “Muito insatisfeito” a 5 - “muito satisfeito”), acerca do CO.

O questionário foi alvo de um pré-teste não tendo sido apontadas dificuldades de compreensão. Na versão final, revelou qualidades psicométricas ajustadas, nomeadamente no âmbito da consistência interna medida através do coeficiente Alfa de Cronbach, que apresentou um valor muito elevado (.899) para a totalidade da escala (50 itens).

3.3. Procedimento

Foi solicitada à direção a autorização para a realização do estudo. Após aprovação, procedeu-se à recolha de dados durante dois meses. Antes do preenchimento explicou-se aos participantes o tema, objetivos e enquadramento do estudo e pediu-se que cada colaborador lesse e assinasse uma declaração de consentimento voluntário de participação, com garantia de anonimato e confidencialidade.

Cada preenchimento foi realizado de forma individual tendo sempre disponível o auxílio do investigador. O autopreenchimento do questionário demorou cerca de 10 minutos, enquanto o formato de hérero preenchimento (com apoio total ou parcial do investigador) demorou em média 15 minutos.

Os dados foram recolhidos nas cinco ERPI's em horários distintos de modo a abranger todos os turnos e colaboradores e a não perturbar o funcionamento da instituição.

3.4. Análise de dados

Recorreu-se ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – IBM 22) para análise dos dados, utilizando-se testes estatísticos paramétricos atendendo ao cumprimento dos pressupostos necessários à sua utilização.

4. RESULTADOS

Apresentam-se em seguida os resultados descritivos relativos à satisfação dos colaboradores com as 10 dimensões do CO (Tabela 3), bem como os de natureza inferencial, nomeadamente em função de variáveis sociodemográficas e profissionais. Referem-se ainda em pormenor os resultados da dimensão do CO relativa à percepção de estresse e sua relação com o CO percecionado. Conclui-se a apresentação dos resultados com a análise das correlações entre dimensões do CO.

Analizando a percepção dos colaboradores das ERPI's, numa escala de satisfação de 1 a 5, verificou-se que em geral se revelaram mais ou menos satisfeitos com todas as dimensões, não existindo nenhuma área em que estivessem muito satisfeitos ou, pelo contrário, muito insatisfeitos. A média global de todas as áreas foi de 3.60 (DP=0.56). É de salientar que as dimensões de pressão sobre o sistema músculo-esquelético, tomada de decisões e ética e profissionalismo foram as de menor satisfação. No que concerne à área da pressão sobre o sistema músculo-esquelético, salienta-se que o item “Tenho dores crónicas em consequência do meu trabalho” foi o mais percecionado negativamente pelos colaboradores em geral ($M=3.00$; $DP=1.30$). As áreas de maior satisfação foram a do respeito pelos outros, satisfação e reconhecimento, e trabalho em equipa.

Tabela 3 - Caracterização da satisfação com o clima organizacional

	N	M	DP
Respeito pelos outros	104	3.82	0.79
Satisfação e reconhecimento	100	3.68	0.52

Trabalho em equipa	103	3.68	0.81
Liderança	105	3.67	0.83
Comunicação	106	3.65	0.75
Ambiente físico	102	3.61	0.78
Ética e profissionalismo	105	3.56	0.87
Tomada de decisões	104	3.41	0.71
Pressão do sistema músculo-esquelético	108	3.20	0.82
Estresse	100	2.35	0.61

Nas análises inferenciais realizadas, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão de satisfação e reconhecimento, nomeadamente entre a satisfação inerente às suas funções/ambiente de trabalho (interna) e a relativa às recompensas que recebem (externa), sub-áreas incluídas nesta dimensão. Neste sentido, através do teste t de Student para amostras emparelhadas, verificou-se que a satisfação interna ($M=4.04$; $DP=0.56$) diferia significativamente [$t(99) = -15,66$; $p < .01$] da satisfação com o sistema de recompensas ($M=2.95$; $DP=0.73$). Isto significa que os participantes estavam bastante satisfeitos com as funções exercidas, bem como com os colegas de trabalho, sentindo que contribuíam para a instituição e que o seu trabalho era gratificante. No entanto, estavam insatisfeitos com o sistema compensatório (perspetivas de progressão de carreira, benefícios, salário, entre outros). Importa salientar que o item “Sinto-me satisfeito com o meu salário” ($M=2.06$; $DP=1.15$) foi o pior cotado de todo o questionário. Pelo contrário, o item “Sinto que contribuo para a instituição” foi o cotado mais satisfatoriamente ($M=4.44$; $DP=0.59$).

Procurou-se em seguida explorar a relevância de variáveis sociodemográficas e profissionais na satisfação com o clima organizacional.

Realizando o teste de correlação de Pearson, evidenciou-se uma associação significativa entre a idade dos participantes e uma das dimensões do clima organizacional: quanto mais velhos eram os colaboradores, mais satisfeitos estavam em relação à ética e profissionalismo ($r=0.30$, $n=99$, $p < .01$). Ainda nesta dimensão, e recorrendo à Anova unidirecional, foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas em função do grau de escolaridade [$F(3.90)=3.82$, $p < .01$], verificando-se que as pessoas com o 1º ciclo apresentaram maior satisfação ($M=4.13$; $DP=0.93$) do que as pessoas com o 2º e 3º ciclo ($M=3.52$; $DP=0.76$), ensino secundário ($M=3.41$; $DP=0.97$) e ensino superior ($M=3.17$; $DP=0.59$). Em síntese, as pessoas mais jovens e com mais formação foram as menos satisfeitas com as formas de atuação dentro da instituição, no que ao profissionalismo e ética se refere. Outra dimensão em que a escolaridade se revelou diferenciadora, atendendo aos resultados na Anova unidirecional, foi a comunicação [$F(3.91)=3.80$, $p < .01$], estando mais satisfeitos os colaboradores com formação ao nível do 1º ciclo ($M=4.08$; $DP=0.64$), em relação aos com escolaridade mais avançada (5º ao 9º ano $M=3.63$; $DP=0.70$; 9º ao 12º ano $M=3.51$; $DP=0.76$; 12º ou mais $M=3.21$; $DP=0.78$). Ainda no que concerne às habilitações [$F(30.89)=2.88$, $p < .05$], também os colaboradores com o 1º ciclo ($M=4.31$; $DP=0.77$), estavam mais satisfeitos com a área do respeito pelo outros do que os com 2º e 3º ciclo ($M=3.73$; $DP=0.73$) e ensino superior ($M=3.56$; $DP=0.78$). Os colaboradores com ensino secundário não diferiram significativamente dos restantes grupos ($M=3.83$; $DP=0.79$) nesta dimensão.

Realizando o teste t de Student, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do género [$t(104)=2.01$, $p < .05$], estando as mulheres ($M=3.69$; $DP=0.73$) mais satisfeitas com a área comunicação do que os homens ($M=3.12$; $DP=0.80$).

Verificaram-se também diferenças na área de pressão sobre o sistema músculo-esquelético [$t(106)=-1.97$, $p < .05$] em função do vínculo de trabalho, estando os colaboradores com contrato sem termo menos satisfeitos com esta área ($M=3.14$; $DP=0.81$) do que os não efetivos ($M=3.62$; $DP=0.78$).

Atendendo à importância do estresse dos trabalhadores no estudo do CO procurou-se analisar mais pormenoradamente esta dimensão. Em geral, os participantes apresentaram uma percepção média de estresse baixa ($M=2.35$; $DP=0.61$). Através da correlação de Pearson verificou-se apenas uma associação negativa e estatisticamente significativa entre o estresse e a idade ($r=-0.22$, $n=98$, $p < .05$).

Finalmente, encontraram-se várias correlações entre as dimensões do clima organizacional (Tabela 4). Verificou-se que a percepção de estresse apresentou uma correlação (Pearson) negativa com todas as restantes dimensões do clima organizacional (apenas as áreas de tomada de decisões e trabalho em equipa não apresentaram estatísticas significativas), o que significa que quanto maior foi a satisfação com as restantes dimensões, menor foi a percepção de estresse. Estas variáveis mostraram-se moderadamente associadas ao estresse, sendo a área de ética e profissionalismo a que apresentou maior correlação. Para finalizar, importa também salientar que a correlação mais elevada foi entre a área da tomada de decisão e a da liderança. A área de pressão sobre o sistema

músculo-esquelético foi a que apresentou correlações mais fracas.

Tabela 4

	Estresse	AF	PSME	C	TD	L	EP	R	TE	SR
Estresse										
AF	-.33**									
PSME	-.31**	.51**								
C	-.38**	.40**	.18							
TD	-.18	.49**	.15	.59**						
L	-.32**	.48**	.15	.66**	.74**					
EP	-.43**	.31**	.26**	.53**	.35**	.50**				
R	-.40**	.34**	.33**	.56**	.45**	.53**	.58**			
TE	-.16	.21*	.16	.37**	.50**	.57**	.29**	.48**		
SR	-.36**	.44**	.25*	.48**	.62**	.66**	.37**	.50**	.45**	

Correlações de Pearson entre as dimensões do clima organizacional

Notas: ** p ≤ .01 ; * p ≤ .05.

AF= Ambiente Físico; PSME= Pressão do sistema músculo esquelético; C= Comunicação; TD= Tomada de decisões; L= Liderança; EP= Ética e profissionalismo; R= Respeito pelos outros; TE= Trabalho em equipa; SR= Satisfação e reconhecimento.

5. DISCUSSÃO

Os colaboradores da instituição em estudo demonstram-se moderadamente satisfeitos com o clima organizacional. A área de pressão sobre o sistema músculo-esquelético (ex. posturas físicas desconfortáveis, dores crónicas...) foi a percecionada como a menos satisfatória, o que poderá estar relacionado com o tipo de funções desempenhadas pelos cuidadores (correspondendo a 74% da amostra) no que concerne ao apoio instrumental às pessoas idosas (ex. levante e deslocação). Por outro lado, as áreas mais satisfatórias prendem-se com as relações estabelecidas no contexto de trabalho (respeito pelos outros). É de salientar que esta dimensão da satisfação interna é melhor percecionada do que aspetos da satisfação acerca do sistema de recompensas. Isto pode dever-se, entre outros fatores, à conjuntura socioeconómica, nomeadamente às dificuldades que as IPSS têm vindo a vivenciar, ficando congelados alguns benefícios, salários e progressões de carreira. Este é um resultado clássico nos estudos organizacionais. Geralmente os trabalhadores revelam-se mais satisfeitos com os aspetos intrínsecos do seu trabalho e menos satisfeitos com as dimensões extrínsecas, como o salário (Fernandes, 2013; Fernandes, Martins, Mendes, & Xavier, 2011).

No que concerne à relação entre variáveis sociodemográficas e profissionais e as dimensões em estudo do CO, verifica-se que quanto mais velhos os colaboradores, mais satisfeitos estão em relação à ética e profissionalismo. Isto pode estar relacionado com as metodologias de trabalho realizadas há vários anos pelos elementos mais velhos e, por isso, já integradas nas suas práticas, discordando das mesmas os elementos mais jovens por conhecêrem (em geral têm mais formação) novas formas de atuação, mostrando-se menos satisfeitos com esta dimensão. Neste sentido, reforçando esta hipótese explicativa, são também as pessoas com mais escolaridade as que estão menos satisfeitas com esta dimensão. Esta diferença verifica-se noutras duas áreas (comunicação e respeito), estando aos colaboradores com menos escolaridade mais satisfeitos.

Considerando as diferenças de género, apenas se constata uma diferença significativa, estando as mulheres mais satisfeitas com a comunicação organizacional em comparação com os homens. É de notar que o número de mulheres na amostra é muito superior ao numero de homens, pelo que, apesar significativo, deve-se analisar este resultado com precaução.

Por último, os colaboradores efetivos demonstram estar menos satisfeitos com a área pressão sobre o sistema músculo-esquelético do que os não efetivos. Esta diferença pode relacionar-se com o tempo de trabalho na instituição, significativamente superior nos colaboradores efetivos em comparação com os não efetivos. Com efeito, é expectável que os colaboradores efetivos estejam menos satisfeitos dadas as posturas e dores crónicas resultantes do trabalho ao longo do tempo. Considera-se que esta é apenas uma hipótese explicativa até porque os dois grupos da amostra não são homogéneos para generalizar conclusões.

Atentando agora nos resultados obtidos acerca do estresse, os colaboradores apresentaram uma percepção baixa, principalmente os colaboradores mais velhos, o que poderá ser explicado pelo facto dos trabalhadores mais velhos terem já desenvolvido estratégias

de coping face ao estresse laboral.

Finalmente, no que concerne às correlações encontradas, verifica-se que é a área de ética e profissionalismo que está mais associada ao estresse. É de notar que esta é das áreas de menor satisfação dos colaboradores e quanto menos satisfeitos estão os colaboradores, maior o estresse percecionado. Em geral, as áreas de tomadas de decisões, satisfação e reconhecimento e, principalmente, a de liderança são as que maiores correlações apresentam entre si e com as demais variáveis em estudo, o que revela a importância destas dimensões nestas ERPI's.

CONCLUSÕES

Refletindo sobre as limitações deste estudo, podemos apontar o facto de o instrumento ter sido construído pelos investigadores e não estar validado, apesar dos resultados psicométricos promissores (fidelidade). Outra limitação consiste no facto de alguns colaboradores mostrarem receio em reportar o que pensavam, ou mesmo recusa de participar, dado que era a primeira vez que existia um estudo na instituição.

Não obstante, considera-se que este trabalho tem inúmeras potencialidades, tendo contribuído para um melhor conhecimento e gestão dos recursos humanos da instituição. Em geral, os colaboradores consideraram importante ter a oportunidade de refletir e comunicar algumas das suas condições de trabalho que poderão melhorar e potenciar o crescimento.

Atendendo a que “de nada adianta realizar uma pesquisa se não houver uma devolução para todos os envolvidos” e que os seus resultados devem ser utilizados “para elaborar um plano de ação (...) sugerindo medidas a serem implementadas”, pois sabe-se que “a produtividade da mesma é também o resultado da motivação e estado de espírito dos indivíduos” (Lima & Albano, 2002, p. 38), os investigadores sugeriram à organização, através de um relatório final e apresentação pública de resultados, linhas de intervenção para a promoção da melhoria do clima organizacional.

No que concerne a sugestões nesta área de investigação científica, salienta-se a necessidade da construção e validação de escalas de CO específicas para ERPI's, dado que é óbvio o aumento deste tipo de organizações em Portugal e que o CO poderá afetar indiretamente a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspectos e contextos da qualidade de vida* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218?locale=pt>

Araújo, P., & Jordão, F. (2011). The unemployable: Case studies on the psychosocial impacts of non-employment among Portuguese graduates. *Análise Psicológica, 29*(2), 289-314. doi: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.54>

Daniel, F. (2009). Profissionalização e qualificação da resposta social ‘Lar de Idosos’ em Portugal. *Interacções, 17*, 65-74.

Fernandes, R. I. R. S. (2013). *Bem-estar subjetivo e (des)emprego: Um estudo sobre o ajustamento pessoa-ambiente profissional* (Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/21653>

Fernandes, R., Martins, E., Mendes, F., & Xavier, P. (2011). Satisfação com o trabalho em educadores sociais e professores. In A. Lozano, M. Uzquiano, A. Rioboo, J. Blanco, B. Silva, & L. Almeida (Eds.), *XI Congreso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 2741-2752). Coruña, Spain: Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación.

Human Resources Survey. (2014). What is an employee climate survey? Acedido em <http://www.hr-survey.com/EmployeeClimate.htm>

Portugal, Instituto Segurança Social. (2014). *Modelo de avaliação da qualidade em estruturas residenciais para idosos*. Lisboa: ISS. Acedido em http://www.seg-social.pt/documents/10152/13645/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_modelo_avalia%C3%A7%C3%A3o/41b4bfa9-a62d-4bb4-b368-c79d60211ecd

Lima, S., & Albano, A. (2002). Um estudo sobre clima e cultura organizacional na concepção de diferentes autores. *Revista CCEI: Centro de Ciências da Economia e Informática, 6*(10), 33-40. Acedido em http://nti.facape.br/ruth/adm-comport_organ/Conceito_de_cultura_e_clima_organizacional.pdf

Martins, M., Oliveira, B., Silva, C., Pereira, K., & Sousa, M. (2004). Construção e validação de uma escala de medida organizacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 4*(1), 37-60.

Mello, M. (2004). *A qualidade do clima organizacional como variável interveniente no desempenho humano no trabalho: Um*



estudo de caso da empresa Herbarium (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Acedido em <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88130>

Menezes, I., Sampaio, L., Gomes, A., Teixeira, F., & Santos, P. (2009). Escala de clima organizacional para organizações de saúde: Desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 305-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300004>

Despacho Normativo n.º 12/98. (1998, Fevereiro 25). Estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. *Diário da República*, 1(47), pp. 766-744. Acedido em <https://dre.pt/application/file/211293>

Portaria nº 67/2012. (2012, Março, 21). Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*, 1(58), pp. 1324-1329. Acedido em <https://dre.pt/application/file/553791>

Pordata. (2014). *População residente segundo os censos: Total e por grandes grupos etários*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Quick, J., & Tetrick, L. (2003). Prevention at work: Public health in occupational settings. In *Handbook of occupational health psychology* (pp. 3-17). Washington, DC: American Psychological Association. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10474-000>

Silva, K. (2007). *Cultura e clima organizacional: Manual de pós graduação*. Brasilia: Universidade Gama Filho.

Zohar, D. (2003). Safety climate: Conceptual and measurement issues. In J. C. Quick, & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 123-142). Washington, DC: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10474-006>



GESTÃO DA DOENÇA E SEGURANÇA DO DOENTE

ESCLEROSE MÚLTIPLA E QUALIDADE DE VIDA: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	235
TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INSUFICIENTES RENAIOS EM DIÁLISE	245
REABILITAÇÃO VESTIBULAR COM POSTUROGRAFIA DINÂMICA COMPUTADORIZADA NA DOENÇA DE PARKINSON	255
CONHECIMENTO SOBRE HEPATITES B E C E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DOS SALÕES DE BELEZA	267
EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAÇÃO: A CULPABILIDADE IMPRESSA PELA MÍDIA	277
ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLÍNICA (ECCC)	287
CONSENTIMENTO INFORMADO DA TEORIA À PRÁTICA	301
DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO DOENTE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2012 A 2014 COM BASE NO MULTIPROFESSIONAL GUIDE	307

Millenium, 2(ed espec nº1), 235-242.

ESCLEROSE MÚLTIPLA E QUALIDADE DE VIDA: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

MULTIPLE SCLEROSIS AND QUALITY OF LIFE: CONTRIBUTIONS TO IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH PRACTICES

ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y LA CALIDAD DE VIDA: LAS CONTRIBUCIONES A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LAS PRÁCTICAS DE SALUD

Rosa Rodrigues¹

Carminda Morais²

Paula Fernandes³

¹Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, Portugal

²IPVC/ESS-Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde e CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia, Portugal

³Instituto Politécnico de Bragança, Unidade de Investigação UNIAG - Unidade Aplicada em Gestão, Portugal

RESUMO

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crónica que afeta as fibras do Sistema Nervoso Central e que pode conduzir a incapacidade neurológica grave, frequentemente com comprometimento da Qualidade de Vida (QV). A QV sendo subjetiva e multidimensional, a sua medição aporta a perspetiva dos doentes na melhoria dos cuidados de saúde.

Objetivo: Avaliar a QV das pessoas com EM; e analisar as relações entre a QV destas pessoas e aspectos sociodemográficos e clínicos.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal analítico, com base numa amostra aleatória e representativa de 67 pessoas com EM acompanhadas na consulta externa de uma Instituição do Norte do país. Utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e Questionário de estado de saúde, MOS SF-36v2 (Ferreira, 2000a,b).

Resultados: Maioritariamente são mulheres (82%), com idade média 42.09 anos \pm 11.76 anos. Os scores mais elevados de QV foram obtidos na dimensão Saúde Mental e os mais baixos na dimensão Vitalidade. As pessoas mais jovens possuem melhor QV nas dimensões Função Física ($t=4.148$; $p < 0.001$), Desempenho Físico ($t=2.581$; $p = 0.012$), Desempenho Emocional ($t=2.714$; $p = 0.009$) e Função Social ($t = 3.188$; $p = 0.002$). As pessoas com fadiga têm pior QV em todas as dimensões à exceção da Dor Física e Saúde Geral.

Conclusões: A criação de uma consulta, a formação dos profissionais e a implementação de uma linha telefónica de apoio foram algumas das medidas já adotadas.

Palavras-chaves: Esclerose Múltipla; Qualidade de Vida

ABSTRACT

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic disease that affects the fibers of the central nervous system and can lead to severe neurological disability, often with impaired quality of life (QoL). The QoL is subjective and multidimensional, their measurement brings the perspective of patients in improving health care.

Objective: To evaluate the QoL of people with MS; and analyze the relationship between QoL of these people and sociodemographic and clinical aspects.

Methods: This is an analytical cross-sectional study based on a random and representative sample of 67 people with MS accompanied the external consultation of a Northern institution of the country. We used a characterization questionnaire and sociodemographic and clinical health questionnaire, MOS SF-36v2 (Ferreira, 2000a,b).

Results: Majority are women (82%), mean age 42.09 years \pm 11.76 years. The highest scores were or obtained QoL scale in Mental Health and the lower the vitality domain. Younger people have a better QoL in dimensions Physical Function ($t=4.148$, $p < 0.001$), Physical Performance ($t=2.581$, $p=0.012$), Emotional Performance ($t=2.714$, $p=0.009$) and Social Function ($t = 3.188$; $p = 0.002$). People with fatigue have worse QoL in all dimensions, except for Physical Pain and General Health.

Conclusions The creation of a query, the training of professionals and the implementation of a telephone helpline were some of the measures already adopted.

Keywords: Multiple Sclerosis; Quality of Life

RESUMEN

Introducción: Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica, afecta las fibras del sistema nervioso central, puede conducir a una discapacidad neurológica grave, a menudo lleva a una alteración de la calidad de vida (CV). La CA es subjetiva y multidimensional, su medición aporta la perspectiva de los pacientes en la mejora de la atención sanitaria.

Objetivo: Evaluar la CV de las personas con EM; y analizar la relación entre la CV de estas personas y aspectos sociodemográficos y clínicos.

Métodos: Estudio transversal analítico basado en una muestra aleatoria de 67 personas con EM acompañadas en la consulta externa de una institución del Norte del país. Se utilizó un cuestionario de caracterización sociodemográfico y clínico, y un cuestionario de salud MOS SF-36v2 (Ferreira, 2000a, b).

Resultados: La mayoría son mujeres (82%), con edad media de 42.09 años \pm 11.76 años. Las puntuaciones más altas CV se obtuvieron en la dimensión Salud Mental, la más baja en la Vitalidad. Personas jóvenes tienen una mejor CV en las dimensiones de Función Física ($t = 4.148$, $p < 0.001$), el Rendimiento Físico ($t=2.581$, $p=0.012$), Rendimiento Emocional ($t=2.714$, $p=0.009$) y la Función Social ($t = 3.188$, $p=0.002$). Las personas con fatiga tienen peor CV en todas las dimensiones, excepto en el Dolor físico y la Salud General.

Conclusiones: La creación de una consulta, formación de profesionales y la implementación de un línea de ayuda telefónica fueron algunas de las medidas ya adoptadas.

Palabras Clave: Esclerosis Múltiple; Calidad de vida



INTRODUÇÃO

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença que afeta cerca de dois milhões de pessoas em todo o mundo, normalmente em idades jovens e no sexo feminino, com maior incidência à medida que a latitude aumenta. Trata-se de uma doença autoimune, inflamatória e desmielinizante crónica. Acomete o sistema nervoso central (SNC), mais especificamente a substância branca, causando desmielinização e inflamação. Ainda não é conhecida a causa da doença, no entanto tem sido associada a fatores de risco genéticos e ambientais, sobretudo ao alelo HLA-DRB1*15 do sistema HLA, enquanto fator genético e à exposição ao vírus Epstein-Barr, o tabaco e os níveis de vitamina D. Sugere-se que uma combinação dos fatores ambientais com a predisposição genética individual desencadeie a desregulação imunológica e conduza à EM (Abreu, Mendonça, Guimarães, & Sá, 2012).

Em termos clínicos, a EM tende a apresentar recorrências e remissões, sendo que o grau de incapacidade varia de doente para doente, em função dos défices neurológicos e da fase da doença. É, pois, uma doença imprevisível, com um prognóstico de difícil definição e ainda sem elementos preditivos consensuais. As manifestações variam desde uma forma benigna a uma doença rapidamente progressiva e incapacitante, que exige profundas modificações do estilo de vida.

A EM surge normalmente entre a segunda e a quarta década da vida, pelo que tende a influenciar negativamente e de forma considerável QV, estando ainda associada a elevados custos quer para o doente, para a família e para a sociedade em geral (Lesesne, Honeycutt, Trisolini, & Wiener, 2010). Viver com uma doença crónica tal como a EM pode tornar-se uma experiência difícil e desafiadora pois afeta vários aspetos da vida, tais como o funcionamento social, familiar e ocupacional (Vilhena et al., 2014). Assim, e tendo em consideração que a QV envolve componentes essenciais para o bem-estar individual, desde fatores de natureza física, psicológica, social, cultural ou espiritual, a sua importância nas pessoas com doenças crónicas tem sido cada vez mais reconhecida e investigada a nível mundial, dadas as suas implicações para o bem-estar dos doentes e para a adequação dos recursos de saúde bem como de uma variedade de elementos necessários à vida quotidiana (Ridder, Geenen, Kuijer & van Middendorp, 2008).

O conhecimento aprofundado sobre estas doenças e o seu impacto na QV das pessoas é, uma questão fundamental, quer em termos de serviços de saúde e sociais, quer para as pessoas com EM e significativas.

Assim, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, o estudo tem por objetivos avaliar a QV das pessoas com EM e analisar as relações entre a QV destas pessoas e aspetos sociodemográficos e clínicos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O estudo da QV em pessoas com EM importa pela sua heterogeneidade, quer em termos de sintomas, quer pelo facto das placas de desmielinização poderem afetar qualquer região do sistema nervoso, com extensão muito variável, assumindo consequentemente expressão e gravidade distinta (Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla, 2014).

A investigação tem demonstrado, de uma forma global, que a doença afeta a pessoa ao nível comportamental e em termos de desempenho social, com repercuções sobre a família.

Assim, o impacto dos sintomas na QV das pessoas é variável, em função da forma como cada uma vive a doença e como consegue lidar com ela. Neste sentido, a QV integra dois aspetos intimamente relacionados: subjetividade e multidimensionalidade. A primeira trata de perceber como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas com a QV. Por sua vez, a multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões. É, pois, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Esta compreensão social do termo considera questões subjetivas tais como bem-estar ou satisfação nas relações sociais e ambientais, pelo que se pode depreender que o ambiente em que o indivíduo vive, o seu grupo de convívio, a sociedade e as expectativas individuais em relação a conforto e bem-estar influenciam a definição do constructo.

A QV é, contudo, um constructo amplo e controverso (Fayers & Machin, 2007). Do ponto de vista da Organização Mundial da Saúde, a QV é entendida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization Quality of Life Assessment Group, 1994).

Outros autores (Seidl & Zannon 2004; Fayers & Machin, 2007) destacam o predomínio de duas abordagens quanto à conceptualização do termo: QV como um conceito mais genérico e QV relacionada com a saúde. De referir que na área biomédica, a QV relacionada com a saúde se refere à satisfação e bem-estar do indivíduo nos domínios físico, psicológico, social, económico e espiritual em relação ao estado de saúde, ou seja, trata-se de uma combinação do estado de saúde com a resposta afetiva à doença (Morales, et al., 2007). No contexto da saúde, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença produz sobre o quotidiano, sendo que esta tem influência no grau em que se pode

conseguir satisfação pessoal com as circunstâncias da vida (Bowling, 2001).

Assim, na esteira de Ferreira (2000) e de Fayers e Machin (2007) esta pesquisa e por consequência o instrumento utilizado tem por base o conceito QVRS.

2. MÉTODOS

Em alinhamento com os objetivos trata-se de um estudo observacional, transversal, de tipo correlacional (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

2.1 Amostra

O universo deste estudo é constituído por pessoas com EM acompanhadas na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM, EPE) inscritas na Consulta Externa, até 2013 (N = 80). Para o cálculo do tamanho amostral definiu-se um erro amostral máximo de 5% e um nível de significância de 5%, pelo que a amostra integra 67 pessoas com EM, selecionadas aleatoriamente.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Utilizou-se um questionário de caracterização sociodemográfica e clínica e um instrumento de avaliação da QV relacionada com a saúde – o Questionário do Estado de saúde, MOS SF-36v2 (Ferreira, 2000 a, b). Este último é um instrumento genérico de medição organizado em oito dimensões (Função Física, Desempenho Físico, Desempenho Emocional, Dor Física, Saúde Em Geral, Vitalidade, Função Social e Saúde Mental), agrupadas em duas componentes: (1) física e mental. Todas as escalas são compostas por vários itens (2 a 10), sendo pontuadas através do método de Likert. Quanto mais baixo for o valor da pontuação, pior será o estado de saúde (Ferreira, 1998, 2000a,b).

2.3 Procedimentos

Recorreu-se a medidas de estatística descritiva e inferencial. Teve-se por base ainda o teorema do limite central. A normalidade da distribuição foi estudada, nos termos de Kline (2011), através do coeficiente de assimetria/curtose, tendo-se considerado distribuição norma sempre que os valores se situaram no intervalo entre -3 e 3.

A presente investigação foi alvo de autorização por parte das instituições envolvidas, tendo a recolha de informação iniciado após obtenção do parecer da Comissão de Ética. Aos participantes do estudo foram apresentados os objetivos e a descrição daquilo em que consistia a participação no mesmo, garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, privacidade e anonimato, bem como assegurada a possibilidade de os mesmos poderem desistir a qualquer momento. Foram seguidas as recomendações das Declarações de Helsínquia e das revisões de Tóquio, Veneza, Hong Kong, Somerset West, Edimburgo e Seul para investigações.

3. RESULTADOS

Participaram na investigação 67 pessoas com EM, sendo maioritariamente mulheres 82,11% (n=55), com idade média \pm desvio padrão (dp) de 42.09 ± 11.76 anos, variando entre os 20 e os 71 anos, casadas 55.27 % (n=37), com o terceiro ciclo e 52.23% (n=35) a possuir o ensino secundário e/ou Ensino Superior, e profissionalmente não ativos 64.22% (n=43).

Relativamente aos sintomas apresentados pelos participantes aquando do início da doença e atualmente, é possível verificar que no início os sintomas mais frequentes eram a fadiga, que afetava 74,6% (n=50) dos participantes, a alteração de visão que atingia 61,21% (n=41) dos inquiridos e a perda de equilíbrio que era manifestada por 58% (n=39) das pessoas com EM. Atualmente os sintomas mais referidos são a fadiga, a perda de equilíbrio e a dor por 82.11% (n=55), 46.30% (n=31) e 46.30% (n=31), respetivamente.

No que se refere à Qualidade de Vida os valores da consistência interna do MOS SF-36v2 com recurso ao coeficiente Alpha de Cronbach. variaram entre 0,624 (questionável) na dimensão Função Social e 0,931 (excelente) na dimensão Função Física (George & Mallery, 2003).

EM termos de estatística descritiva, importa referir que a dimensão em que as pessoas com EM obtêm scores mais elevados de QV é na dimensão Saúde Mental apresentando valores médios \pm desvio padrão (dp) de 58.96 ± 23.40 , e que a dimensão em que as pessoas obtêm pontuação mais baixa é na dimensão Vitalidade apresentando valores médios \pm desvio padrão (dp) de 42.07 ± 24.34 .

Por fim, procedeu-se ainda à elaboração de uma matriz de correlações entre a dimensão Saúde em Geral e as restantes dimensões do MOS SF-36v2, seguindo as recomendações de Ferreira (1998; Tabela 1). Assim, nos termos propostos por Pestana e Gageiro (2005), é possível verificar que os valores de r se situam entre 0.147 (associação muito baixa) relativamente às dimensões Saúde em Geral e Desempenho Emocional e 0.772 (associação alta) nas dimensões Desempenho Físico e Vitalidade.

Tabela 1. Matriz de correlações de Pearson entre as dimensões da QV.

	1. SG	2. FF	3. DF	4. D	5. SM	6. DE	7. FS	8. V
1. Saúde em geral [SG]	1							
2. Função Física [FF]	0.427***	1						
3. Desempenho Físico [DF]	0.211	0.617***	1					
4. Dor Física [D]	0.256	0.399**	0.221	1				
5. Saúde Mental [SM]	0.374**	0.272*	0.408***	0.289*	1			
6. Desempenho Emocional [DE]	0.147	0.521***	0.855***	0.089	0.477***	1		
7. Função Social [FS]	0.292**	0.411***	0.623***	0.178	0.638***	0.624***	1	
8. Vitalidade [V]	0.330**	0.559***	0.772***	0.448***	0.659***	0.706***	0.611***	1

Nota: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Relativamente à comparação de médias por dimensões da Qualidade de Vida e por sexo verificou-se que a média \pm desvio padrão (dp) variaram entre 41.14 ± 22.84 na Dimensão Vitalidade e 60.45 ± 25.43 na Dimensão Função Social, ambas relativamente ao género feminino. Nas pessoas com EM do sexo masculino a média \pm desvio padrão dp é de 46.35 ± 31.13 na Dimensão Vitalidade e 60.00 ± 31.77 na Dimensão Dor Física (Tabela 3). Não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na QV em função do sexo, é de referir que as maiores diferenças se situam na Dor Física e na Função Social, estando mais comprometida respetivamente nas mulheres e nos homens.

Tabela 3. Médias, Desvios-padrão e comparação das médias das dimensões da Qualidade de Vida, em função do sexo.

	Feminino (n = 55)		Masculino (n = 12)		t-Student	p-value
	M	Dp	M	Dp		
Função Física	53.27	28.58	49.17	27.12	0.455	0.651
Desempenho Físico	51.02	31.84	50.00	35.56	0.099	0.922
Dor Física	49.43	21.60	60.00	31.77	1.173	0.246
Saúde em Geral	51.18	15.87	52.00	11.40	-0.169	0.866
Saúde Mental	59.27	22.41	57.50	28.56	0.236	0.814
Desempenho Emocional	53.33	29.03	54.86	34.53	-0.160	0.874
Função Social	60.45	25.43	50.00	29.68	1.252	0.215
Vitalidade	41.14	22.84	46.35	31.13	-0.549	0.591

No que se refere à idade verifica-se que quanto mais elevada menor a QV. Os valores de média \pm desvio padrão (dp) variaram, no grupo mais jovem, entre 46.96 ± 25.80 na dimensão Vitalidade e 67.23 ± 25.40 na dimensão Função Social. Relativamente ao grupo de pessoas com idades superior os valores médios \pm desvio padrão (dp) variaram entre 36.04 ± 21.32 na dimensão Vitalidade e 55.17 ± 23.17 na dimensão Saúde Mental (Tabela 4). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo mais jovem, nas seguintes dimensões: Função Física (t-Student = 4.148; p-value = <0.001); Desempenho Físico (t-Student = 2.581, p-value = 0.012); Desempenho Emocional (t-Student= 2.714; p-value = 0.009) e Função Social (t-Student = 3.188; p-value= 0.002).

Tabela 4. Médias, Desvios-padrão e valores do Teste t-Student e de prova para as dimensões da QV em função da idade.



	20 anos até 42 anos		43 anos até 71 anos		t-Student	p-value
	M	Dp	M	Dp		
Função Física	64.05	25.35	38.33	25.10	4.148	<0.001
Desempenho Físico	59.63	31.48	40.00	30.29	2.581	.012
Dor Física	55.52	21.30	46.72	25.06	1.338	.187
Saúde em Geral	54.38	13.60	47.57	16.21	1.871	.066
Saúde Mental	62.02	23.44	55.17	23.17	1.197	.235
Desempenho Emocional	61.94	31.03	43.33	25.09	2.714	.009
Função Social	67.23	25.40	47.92	23.69	3.188	.002
Vitalidade	46.96	25.80	36.04	21.32	1.859	.068

Por fim, no estudo das relações entre a QV e a presença do sintoma de fadiga na atualidade verifica-se que os valores médios \pm desvio padrão (dp) variam entre 38.07 ± 23.24 na dimensão Vitalidade e 55.00 ± 22.91 na dimensão Saúde Mental para as pessoas com EM que apresentavam, na atualidade, sentimento de fadiga e entre 52.08 ± 18.98 na dimensão Saúde em geral e 82.29 ± 18.81 na dimensão Desempenho físico para as pessoas com EM que não apresentavam, na atualidade, este sentimento (Tabela 5). Como se pode verificar foram encontradas as seguintes diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões à exceção da Dor Física e Saúde em Geral.

Tabela 5. Médias, Desvios-padrão e valores do Teste t-Student e de prova para as dimensões da QV em função do sintoma fadiga (na atualidade)

	Com sentimento de fadiga		Sem sentimento de fadiga		t-Student	p-value
	M	dp	M	dp		
Função Física	48.91	26.73	69.17	29.76	-2.332	0.023
Desempenho Físico	43.98	30.52	82.29	18.81	-5.623	0.001
Dor Física	50.00	22.03	58.00	32.06	-0.835	0.408
Saúde em Geral	51.16	14.32	52.08	18.98	-0.190	0.850
Saúde Mental	55.00	22.91	77.08	16.44	-3.157	0.002
Desempenho Emocional	47.42	27.54	81.94	23.26	-4.033	0.001
Função Social	53.86	25.22	80.21	20.27	-3.382	0.001
Vitalidade	38.07	23.24	60.42	21.38	-3.058	0.003

4. DISCUSSÃO

A EM, quer pelo curso imprevisível da doença, quer pela progressão da incapacidade e impacto dos sintomas na pessoa e na família, tem um contributo negativo para a QV. À semelhança do já confirmado na literatura em termos de maior incidência da patologia em jovens adultos, sobretudo do sexo feminino (Santos, 2010; Machado et al., 2010), também a amostra do presente trabalho foi constituída por 67 pessoas com EM, 55 delas do sexo feminino (82%), com idades compreendidas entre os 20 e 71 anos, perfazendo uma idade média \pm desvio padrão (dp) de $42.09 \text{ anos} \pm 11.76 \text{ anos}$. Quando analisadas as diferenças na QV em função do sexo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Também Casseta et al. (2009) verificaram num estudo com uma amostra mais ampla ($n=391$) e com recurso ao SF-36 e ao MSQoL-54 que a Qualidade de vida relacionada com a saúde não era afetada pelas diferenças de sexo. Outros estudos apontaram no mesmo sentido, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas entre sexo e QV (Aronson, 1997; Pluta-Fuerst et al., 2011; Gottberg et al., 2006).

Em termos da relação entre idade e QV verificou-se no presente estudo que, de uma forma geral, quanto mais elevada a idade, menor a QV. O estudo realizado por Costa, Sá e Calheiros (2009) sugere que as pessoas com EM apresentavam scores mais elevados nas dimensões Função Física, Desempenho Físico, Dor Física e Saúde em Geral do que os doentes mais velhos, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Na mesma linha, Pakpour et al. (2009) encontraram uma correlação negativa entre a idade e todos



os domínios da escala MOS SF-36. Para além disso, a literatura tem demonstrado ainda que, tendencialmente, doentes com mais idade apresentam pior QV que os doentes mais novos, encontrando-se as principais diferenças, estatisticamente significativas, nas dimensões relacionadas com a Saúde Física. Para além destas, também a dor corporal, vitalidade, função sexual e atividades da vida diária são frequentemente relacionadas com a idade (Alshubaili, Ohaeri, Awadalla & Mabrouk, 2008; Fernandez, Baumstarck-Barrau, Simeoni, & Auquier, 2011). Convém realçar, a propósito dos resultados obtidos no presente estudo que o facto de as pessoas com EM com maior idade apresentarem menor QV pode indicar uma maior adaptação à doença ou resultar do facto de possuírem também limitações associadas a outras causas (ex., outras doenças).

Situando-nos no plano clínico, é de referir que os sintomas mais frequentes apresentados aquando do início da doença eram sobretudo a fadiga, que afetava 74.64% dos participantes, a alteração de visão (61.22%) e a perda de equilíbrio (58.24%). Atualmente os sintomas mais referidos são a fadiga (82.11%) e a perda de equilíbrio (46.30%), sendo que a dor é referida por aproximadamente metade dos participantes (46.30%). Apesar da heterogeneidade da EM em termos de sintomas, gravidade e padrão evolutivo, os resultados encontrados vão, de uma forma geral, ao encontro do documentado na literatura. De facto, e de acordo com Silva e Nascimento (2014), um dos sintomas mais frequentes na EM é a fadiga bem como alterações do equilíbrio, perturbações da sensibilidade, sintomas urinários, paraparesia, disfunção sexual, perda visual, monoparesia, ataxia/descoordenação motora, diplopia, alterações sensoriais e dor. De realçar a importância do sintoma “Fadiga”, presente em mais de três quartos dos inquiridos quer no início da doença, quer atualmente. Definida como uma sensação subjetiva de perda de energia física e/ou mental que é percebida pelo doente ou pelos seus familiares e que interfere com a vontade e as atividades diárias, a fadiga incapacita frequentemente as pessoas com EM de realizarem as suas atividades diárias (Mendes, 2007). Convém ainda referir que de acordo com Ribeiro, Pereira, Mello e Filippin (2014), a fadiga é um sintoma particularmente comum entre os vários experienciados pelas pessoas com EM, afetando cerca de 85% destas. Provoca a diminuição da mobilidade, o que conduz ao comprometimento da capacidade funcional e, consequentemente tem efeitos negativos na QV.

De facto, os resultados obtidos pelos inquiridos apontam para pontuações mais elevadas de QV nas dimensões Saúde Mental – com um valor médio \pm desvio padrão (dp) de 58.96 ± 23.40 – que integra questões relativamente à ansiedade, depressão, perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e bem-estar psicológico e Função Social – com um valor médio \pm desvio padrão (dp) de 58.58 ± 26.31 – que avalia a qualidade e quantidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos nessas atividades. Por outro lado, as pontuações mais baixas em termos de QV foram obtidas na dimensão Vitalidade com um valor médio \pm desvio padrão (dp) de 42.07 ± 24.34 . Tendo em consideração que quanto mais baixo for o valor da pontuação, pior será o estado de saúde do participante e que a dimensão Vitalidade avalia os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar, pode considerar-se que os participantes apresentam níveis de QV tendencialmente insatisfatórios. O mesmo tem sido verificado, de uma forma geral, em várias investigações nacionais e internacionais.

CONCLUSÕES

O trabalho produziu evidências em torno do conhecimento do impacto da EM na QV destas pessoas, que se repercutiram na reorganização das respostas asseguradas pela Instituição. A organização e funcionamento de uma consulta específica, com tudo que a mesma representa, ou seja, capacitação dos profissionais, comunicação e dinamização de circuitos de interação entre profissionais e utentes/famílias, em particular nas situações de crise são algumas das medidas já implementadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, P., Mendonça, M. T., Guimarães, J., & Sá, M. J. (2012). Esclerose Múltipla: epidemiologia, etiopatogenia, fisiopatologia e diagnóstico diferencial. *Sinapse*, 12(2), 5-14.

Bowling, A. (2001). Health related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. *Measuring disease* (2nd ed., pp. 1-22). Buckingham: Open University Press. Acedido em <https://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/0335206417.pdf>

Casetta, I., Riise, T., Wamme Nortvedt, M., Economou, N., De Gennaro, R., Fazio, P., ... Granieri, E. (2009). Gender differences in health-related quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 15(11), 1339-1346

Costa, D., Sá, M., & Calheiros, J. (2009). Esclerose múltipla e apoio social: Uma revisão sistemática. *Sinapse*, 9(2), 8-12.

Fayers, P.M., & Manuchin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis, and interpretation of patient-reported outcomes* (2nd. edition). Chichester, England: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9780470024522.ch1

Fernandez, O., Baumstarck-Barrau, K., Simeoni, M. C., & Auquier, P. (2011). Patient characteristics and determinants of quality of

life in an international population with multiple sclerosis: Assessment using the MusiQoL and SF-36 questionnaires. *Multiple sclerosis*, 17(10), 1238-1249.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36V2 (parte I): Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36V2 (parte II): Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119-127.

Gottberg, K., Einarsson, U., Ytterberg, C., Pedro Cuesta, J., Fredrikson, S., von Koch, L., & Widén Holmqvist, L. (2006). Health-related quality of life in a population-based sample of people with multiple sclerosis in Stockholm County. *Multiple Sclerosis Journal*, 12(5), 605-12.

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3^a ed., vol. 81). New York: The Guliford Press.

Lesesne, S., Honeycutt, A., Trisolini, M., & Wiener, J. (2010). *Global economic impact of multiple sclerosis*. London: Multiple Sclerosis International Federation. Acedido em http://www.msif.org/docs/global_economic_impact_of_MS.pdf

Machado, A., Valente, F., Reis, M., Saraiva, P., Silva, R., Martins, R., ... Rodrigues, T. (2010). Esclerose múltipla: Implicações sócio-económicas. *Acta Médica Portuguesa*, 23(4), 631-640.

Morales, R. R., Morales, N. M. O., Rocha, F. C. G., Fenelon, S. B., Pinto, R. M. C., & Silva, C. H. M. (2007). Qualidade de vida em portadores de esclerose múltipla. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 65(2-B), 454-460.

Pakpour, A. H., Yekaninejad, M.S., Mohammadi, N. K., Molsted, S., Zarei, F., Patti, F., & Harrison, A. (2009). Health-related quality of life in Iranian patients with multiple sclerosis: A cross-cultural study. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 43(6), 517-526.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais* (4^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pluta-Fuerst, A., Petrovic, K., Berger, T., Fryze, W., Fuchs, S., Gold, R., ... Fazekas, F. (2011). Patient-reported quality of life in multiple sclerosis differs between cultures and countries: A cross-sectional Austrian-German-Polish study. *Multiple Sclerosis Journal*, 17(4), 478-486.

Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255.

Ribeiro, B. B., Pereira, L. S., Mello, N. F., & Filippin, N. T. (2014). Relação da incapacidade funcional, fadiga e depressão com a qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla. *Revista Biomotriz*, 8(1), 50-64.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3^a ed.). São Paulo: MacGraw-Hill.

Santos, G. B. (2010). Esclerose Múltipla: relação socioambiental. *Revista Hórus*, 4(2), 208-219.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Silva, D. F., & Nascimento, V. M. (2014). Esclerose múltipla: Imunopatologia, diagnóstico e tratamento. *Interfaces Científicas: Saúde e Ambiente*, 2(3), 81-90.

Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (2014). *Esclerose múltipla*. Acedido em <http://www.spem.org/esclerose-multipla>

Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., ... Mendonça, D. (2014). Factores psicosociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crónicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 220-233.

World Health Organization, Quality of Life Assessment Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Millenium, 2(ed espec nº1), 245-253.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INSUFICIENTES RENAISS EM DIÁLISE

TREATMENT OF HYPERTENSION ON DIALYSIS PATIENTS

EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN EN LA INSUFICIENCIA RENAL EN DIÁLISIS

João Santos¹

Rita Oliveira^{1,2,3}

¹Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Politécnico do Porto (ESTSP/IPP), Vila Nova de Gaia, Portugal

²Núcleo de Investigação e Intervenção em Farmácia (NIIF), Centro de Investigação em Saúde e Ambiente (CISA), Portugal

³Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, Portugal



RESUMO

Introdução: A Insuficiência Renal é caracterizada por uma deterioração gradual dos rins. Uma das complicações da Insuficiência Renal é o desenvolvimento de doenças como a Hipertensão Arterial. A primeira abordagem terapêutica deve ser não farmacológica (como a restrição de sal, e diminuição da ultrafiltração) e só depois deve ser implementada terapêutica farmacológica.

Objetivo: A presente revisão tem como objetivos estudar o efeito e eficácia de fármacos anti-hipertensos no tratamento da hipertensão, relacionar o uso de anti-hipertensos com a ocorrência de hipercaliémia e hipotensão intradialítica e ainda, analisar padrões de prescrição e a prevalência de interações medicamentosas em insuficientes renais em diálise.

Métodos: Os resultados desta revisão foram divididos em 2 tabelas. A primeira refere-se à eficácia de alguns fármacos anti-hipertensos em contexto de hipertensão em diálise e a segunda analisa os padrões de prescrição dos médicos nesta população assim como, a existência de Interações Medicamentosas ou de prescrições inadequadas.

Resultados: As primeiras opções terapêuticas nesta população devem ser os IECA ou os ARA porque diminuem a Pressão Sanguínea e conferem proteção cardiovascular. No entanto, complicações como a hipotensão intradialítica e a hipercaliémia estão associadas ao consumo destes fármacos.

Conclusões: Identificadas as maiores necessidades da população, o papel do Licenciado em Farmácia passa por educar os utentes sobre a ação dos fármacos no sentido de melhorar os seus conhecimentos, com o objetivo de promover a qualidade de vida e a longevidade dos hipertensos a realizar tratamento em diálise.

Palavras-chaves: Tratamento; Hemodiálise; Anti-hipertensos

ABSTRACT

Introduction: Renal failure is characterized by a gradual deterioration of the kidneys. One of the complications of renal failure is the development of diseases such as Hypertension. The first therapeutic approach should be non-pharmacological (such as salt restriction, and decreased ultrafiltration) and then it should be implemented pharmacotherapy.

Objective: This review aims to study the effect and efficacy of antihypertensive drugs in the treatment of hypertension, relate the use of antihypertensives with the occurrence of hyperkalemia and intradialytic hypotension and yet, analyze prescribing patterns and the prevalence of drug interactions in renal failure patients on dialysis.

Methods: The results of this review are divided into two tables. The first refers to the effectiveness of some antihypertensive drugs in the context of hypertension in dialysis and the second one analyzes the physician prescribing patterns in this population as well as the existence of Interactions or incorrect prescriptions.

Results: The first therapeutic options in this population should be ACEIs or ARA because they can decrease Blood Pressure and confer cardiovascular protection. However, complications such as intradialytic hypotension and hyperkalemia are associated with the consumption of these drugs.

Conclusions: Identified the major needs of the population, the role of Graduate in Pharmacy would be to educate users on drugs action in order to improve their knowledge, with the aim of promoting the quality of life and longevity to all hypertensive users who perform dialysis treatment.

Keywords: treatment; hemodialysis; Antihypertensives

RESUMEN

Introducción: La insuficiencia renal se caracteriza por un deterioro gradual de los riñones. Una de las complicaciones de la insuficiencia renal es el desarrollo de enfermedades como la hipertensión. El primer enfoque terapéutico debe ser no farmacológico (tales como la restricción de sal, y la disminución de ultrafiltración) y luego debe ser implementado farmacoterapia.

Objetivo: Esta revisión tiene como objetivo estudiar el efecto y la eficacia de los fármacos antihipertensivos en el tratamiento de la hipertensión, se refieren al uso de antihipertensivos a la aparición de hipertotasemia e hipotensión intradialítica y, sin embargo, analizar los patrones de prescripción y la prevalencia de las interacciones medicamentosas en insuficiencia renal en diálisis.

Métodos: Los resultados de esta revisión se dividen en dos tablas. La primera se refiere a la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos en el contexto de la hipertensión en la diálisis y la segunda analiza el médico que prescribe los patrones en esta población, así como la existencia de interacciones o prescripciones incorrectas.

Resultados: Las primeras opciones terapéuticas en esta población deben ser IECA o ARA debido a disminución de la presión arterial y conferir una protección cardiovascular. Sin embargo, las complicaciones tales como la hipotensión intradialítica y la hipertotasemia se asocian con el consumo de estos fármacos.

Conclusiones: Identificadas las mayores necesidades de la población, el papel del licenciado en farmacia pasa por educar a los usuarios acerca de la acción de los fármacos para mejorar sus conocimientos, con el objetivo de promover la calidad de vida y la longevidad de los pacientes hipertensos que llevan a cabo el tratamiento en diálisis.

Palabras Clave: tratamiento; hemodiálisis; Antihipertensivos



INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal (IR) é uma doença provocada pela deterioração lenta e irreversível da função renal, por um período superior a 3 meses. Como consequência dessa perda, existe retenção no sangue de substâncias que normalmente seriam removidas pelo rim e excretadas na urina (Levey, A. et. al., 2003).

A IR pode ser diagnosticada sem qualquer tipo de informação acerca das suas causas. Existem marcadores importantes, através de amostras de urina, que podem indicar o nível de dano renal. A proteinúria persistente é o principal marcador de dano nos rins. Para além disso, uma relação de albumina-creatinina maior do que 30 mg/g é considerada anormal. Outros marcadores importantes que indicam anormalidades renais podem ser anormalidades no sedimento da urina, anomalias no sangue e resultados anormais em exames de imagem (Levey, A. et al., 2003).

Contudo, a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) é a melhor medida indicativa de dano renal. O seu valor normal varia de acordo com a idade, o sexo e o tamanho corporal. Assim, para jovens adultos o valor da TFG está compreendido entre os 120 e 130 ml/min/1,73m² sendo que, com o aumento da idade o valor da TFG tem tendência a diminuir (Levey, A. et al., 2003).

Em situações mais severas (quando a TFG está abaixo dos 15ml/min/1,73m²), o utente é automaticamente reencaminhado para iniciar o tratamento de diálise, ou caso seja elegível, para transplante renal. A diálise é uma opção de tratamento que permite remover as toxinas e o excesso de água do organismo. Para os utentes que não possam ser submetidos a um transplante renal, a diálise é um tratamento definitivo (Levey, A. et al., 2003).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Uma das complicações mais frequentes das sessões de diálise é a Hipotensão Intradialítica (HI). Segundo as diretrizes da European Best Practice Guideline (EBPG), a HI é definida como um decréscimo na pressão sistólica igual ou superior a 20mmHg ou um decréscimo superior a 10mmHg na pressão arterial média. Este fenómeno está associado a taxas de mortalidade e morbilidade cardiovascular elevada. Davenport demonstrou que 50% das sessões de diálise são complicadas por fenómenos de HI. Contudo, ainda não existe uma definição totalmente clara sobre este conceito (Davenport, A., 2009; European Best Practice Guideline, 2007).

A primeira abordagem terapêutica contra a Hipertensão Arterial (HTA) em utentes em diálise deve ser não farmacológica através da diminuição do volume sanguíneo. Esta diminuição consegue-se através da restrição de sal na dieta do utente, da promoção da ultrafiltração (processo através do qual se promove a excreção do excesso de sódio e água do organismo) e da diminuição do teor de sódio dialisado (Agarwal, R. et al., 2010).

Apesar de serem implementadas as medidas não farmacológicas anteriormente indicadas, os nefrologistas lidam, na maior parte das vezes, com situações em que a pressão arterial destes utentes se mantém constantemente elevada. Nestes casos, é necessário escolher tratamento farmacológico com base na experiência do prescritor visto que, não existe um leque de estudos que identifique a medicação a ser utilizada nesta população (Agarwal, R. et al., 2010).

As classes de anti-hipertensores usadas no tratamento da HTA em insuficientes renais em diálise para além de diminuírem a PS podem ter outros efeitos a nível cardiovascular. Um exemplo ilustrativo são os modificadores do eixo renina-angiotensina que para além de diminuírem a PS possuem outros efeitos positivos como a preservação da função renal residual, efeitos na complacência vascular e efeitos positivos na função e estrutura cardíaca (Agarwal, R. et al., 2010).

O efeito adverso mais comumente associado aos anti-hipertensores é a dificuldade de eliminação de potássio pelos rins com consequente acumulação deste eletrólito (hipercaliémia). Com o aumento dos níveis de potássio o organismo tenta readaptar-se promovendo a sua eliminação. No entanto, em insuficientes renais a eliminação deste eletrólito pode ser deficiente, o que leva à sua acumulação. Por esta razão, estes utentes devem evitar alimentos ricos em potássio, nomeadamente bananas e algumas verduras. A toma de alguns fármacos de classes como os ARA, os IECA ou os diuréticos deve ser monitorizada em insuficientes renais hipertensos em diálise por poderem causar hipercaliémia (Gluhovschi, GH. et al., 2014).

Apesar de existirem alguns estudos publicados acerca do efeito e eficácia de anti-hipertensores na população saudável e em utentes com IR em estádios iniciais, ainda não existem muitos estudos acerca do efeito dos anti-hipertensores em utentes em diálise. Um dos grandes objetivos nesta população é a redução da PS para reverter a HTA e outras doenças cardiovasculares. Por esta razão, devem ser criadas diretrizes de tratamento específicas ou algoritmos terapêuticos para o tratamento da HTA em insuficientes renais em diálise para que estes utentes consigam melhorar e prolongar a sua qualidade de vida.

Assim, este artigo tem como objetivos estudar o efeito e eficácia de fármacos anti-hipertensores no tratamento da hipertensão em insuficientes renais em diálise e relacionar o uso de anti-hipertensores em utentes em diálise com a ocorrência de hipercaliémia e de hipotensão intradialítica.



2. MÉTODOS

O projeto “Tratamento da Hipertensão em Insuficientes Renais em Diálise” é uma revisão sistemática da literatura. Uma revisão sistemática define-se por uma síntese concisa da melhor evidência disponível, que aborda questões clínicas cuidadosamente elaboradas.

A revisão sistemática foi desenvolvida através de evidências de pesquisa recorrendo às bases de dados on-line Pubmed e Science Direct. As palavras-chave utilizadas para a pesquisa foram “hemodialysis”, “antihypertensives” e “treatment”.

2.1 Instrumentos de recolha de dados

Na primeira pesquisa foram utilizados os filtros disponíveis pelas bases de dados. Assim, restringiu-se a pesquisa aos artigos publicados nos últimos 10 anos (desde 2005), com título e resumo. Não houve qualquer tipo de restrição no que diz respeito ao idioma em que os artigos foram publicados.

A lista de referências bibliográficas dos artigos de referência foi devidamente analisada para averiguar a existência de estudos com resultados relevantes. Desta forma, incluiu-se um artigo no grupo final.

A qualidade dos artigos de referência foi analisada através da ferramenta CONSORT. A CONSORT é uma check-list que permite averiguar se um artigo possui todos os parâmetros necessários à excelência. Após a verificação da qualidade de cada artigo com esta ferramenta, nenhum foi excluído por falta de critérios.

2.2 Critérios de Inclusão

Os artigos de referência incluíram estudos com participantes insuficientes renais que faziam tratamento em diálise, com idade igual ou superior a 18 anos e que estavam a tomar anti-hipertensores. Foram excluídos estudos com participantes que não estivessem em diálise, utentes transplantados, população pediátrica, grávidas e estudos com foco em utentes com outras patologias que não a HTA (diabetes, hipercolesterolemia, anemias, entre outras).

3. RESULTADOS

A tabela abaixo apresenta de forma esquematizada os principais resultados.

Tabela I- Quadro resumo acerca da eficácia anti-hipertensora do Irbesartan, Telmisartan, Aliscireno, Lisinopril, Atenelol e Olmesartan em utentes insuficientes renais em diálise.

Autor e ano	Fármaco/classe de fármacos	Dosagem	Amostra (n)	Período de estudo	Grupo placebo (GP)	Procedimento da medição da PS	Hipercaliemias	Hipotensão Intradiálitica (HI)	Resultados	Testes estatísticos
Peters, CD. et al., 2015.	Irbesartan	150mg/ dia durante 14 dias. De seguida, 300mg/ 2xdia.	N=82. 41 no GP; 41 no grupo irbesartan.	12 meses.	Sim.	Pré-diálise- medida 2 vezes. Pós-diálise- medida em consulta de rotina. A medição antes e depois da diálise foi feita uma única vez.	Sem dados.	50 casos no GP e 63 no grupo Irbesartan.	Não houve efeito significativo na diminuição da PS com a toma de irbesartan em comparação com o GP.	Teste t-student, Wilcoxon e qui-quadrado. (p=0.03)

Ishimitsu, T. et al., 2012.	Aliscireno.	150mg/dia.	N=23.	24 semanas.	Não.	Registada semanalmente antes da sessão de diálise e a cada 30min durante as sessões de diálise.	Níveis de K+ normais às 4 e às 12 semanas. Aumentaram na 24ª semana.	Sem dados.	Pressão sistólica diminuiu depois das 4 semanas; Pressão diastólica manteve-se constante ao longo do estudo.	Teste-t, Mann-Whitney e qui-quadrado.
Huber, M. et al., 2013	Telmisartan	80mg/dia.	N=29.	16 semanas (divididas em 2 fases de 8 semanas cada uma).	Sim.	Medida 4 vezes em cada utente: antes e depois de cada período de tratamento.	Sem dados.	Sem dados.	Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os utentes que começaram o tratamento com Telmisartan ou com placebo;	A associação entre variáveis foi calculada pelo modelo Manova ($p=0,0006$)
Agarwal, R. et al., 2014.	Lisinopril e Atenolol.	100mg de Lisinopril/dia e 40mg de Atenolol/dia	N=200 (100 no grupo Lisinopril e 100 no grupo Atenolol).	12 meses.	Não.	A PS foi medida no 3º mês de estudo, no 6º e no último mês do estudo.	O lisinopril está associado a um risco aumentado de hipercaliémia.	Sem dados.	Não houveram diferenças significativas na PS entre os dois fármacos em estudo.	Modelos de regressão linear e inferências estatísticas ($p=0,021$)
Iseki, K. et al., 2013.	Olmesartan	10 a 40mg/dia.	N=469.	41 meses. (3,5 anos)	Não. Existe um grupo de controlo	A PS foi registada semanalmente.	Foram registados 2 episódios de hipercaliémia.	Sem dados.	Menos de 20% da população em estudo atingiu a PS objetivo. No entanto, a PS diminuiu 7,8mmHg no grupo olmesartan e 6,7mmHg no grupo de controlo (diferença pouco significativa).	Modelo de riscos proporcionais de Cox

Legenda: GP- Grupo Placebo; HI- Hipotensão Intradialítica; PS- Pressão Sanguínea.

Resultados estatisticamente significativos para um valor $p<0,05$.

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos na Tabela I resumem de forma simplificada conjuntos de artigos que estudam diferentes variáveis. A Tabela I contempla um conjunto de 5 artigos que estudam a eficácia de diferentes fármacos anti-hipertensores (Olmesartan, Lisinopril, Atenolol, Telmisartan, Aliscireno e Irbesartan).

Após análise dos artigos, observou-se que a maior parte da medicação em estudo (ARA's, nomeadamente o Irbesartan e o Telmisartan e IECA's como o Lisinopril) não revelou diferenças estatisticamente significativas na diminuição da PS em insuficientes renais em diálise. As exceções foram o Aliscireno que diminuiu a PS nas primeiras quatro semanas do estudo, e no caso do Olmesartan uma parte da população em estudo conseguiu atingir a pressão arterial objetivo (menos de 20% da população).

Estes resultados podem ser atribuídos às variações de PS na amostra em estudo e, por essa razão, o tratamento da HTA foi afetado. As variações de PS individuais muitas vezes excederam as variações de PS na população em geral. Em alguns casos existiram diminuições até 40mmHg no grupo placebo e aumento de 40mmHg na PS no grupo tratado com medicação. As variações da PS podem ter acontecido devido a situações de HI ou hipertensão intradialítica assim como, devido a fatores individuais. Isto levou a que a medicação anti-hipertensora que não estava em estudo fosse alterada em alguns utentes (Huber, M. et al., 2013).

No entanto, estão documentados efeitos positivos dos ARA e dos IECA na população de insuficientes renais em diálise. De acordo com a informação disponível, tanto os ARA como os IECA conseguem proteger os utentes a nível cardiovascular e a nível renal de igual forma, embora sejam necessários mais estudos acerca disso. Barnett et al., realizou um estudo com o objetivo de comparar a eficácia do Telmisartan (ARA) com o Enalapril (IECA) em termos de diminuição da PS, níveis de creatinina e de proteinúria e verificou que ambos possuem igual eficácia a longo prazo como cardioprotetores e protetores da função renal. O mesmo aconteceu com



Mann et al., que comparou a eficácia do Telmisartan com a do Ramipril. Ambos possuíram a mesma eficácia na diminuição da PS (Barnett, AH. et al., 2004; Kolesnyk, I. et al., 2010; Mann, JF. et al., 2008).

Em utentes hipertensos em diálise a atividade do sistema renina-angiotensina está aumentada. Este fator, associado à expansão do volume extracelular e ao aumento de peso interdialítico, cria um ciclo vicioso que torna muito complicada a gestão e tratamento da hipertensão em utentes em diálise. Apesar disto, existem evidências científicas suficientes para mostrar que utentes em diálise, especialmente aqueles com atividade plasmática da renina aumentada, podem beneficiar de fármacos que atuam no bloqueio do eixo renina-angiotensina (ARA e IECA). O consumo de fármacos dentro da classe dos IECA diminui significativamente o risco de mortalidade em insuficientes renais. No entanto, apenas 30 a 50% dos utentes em diálise têm estes fármacos nas suas prescrições médicas (Kolesnyk, I. et al., 2010).

No caso do Olmesartan, apesar de a diminuição da PS ter sido de 7,8mmHg, menos de 20% dos utentes atingiram a PS objetivo (valores inferiores a 140mmHg/90mmHg). Este resultado foi inesperado visto que, Ogihara et al., observou um efeito hipotensor muito marcado no Olmesartan em utentes com HTA e sem IR. Seria de esperar que em utentes em diálise o efeito de diminuição da PS fosse idêntico. Era esperado também que para além da diminuição da PS, houvesse uma diminuição de possíveis problemas vasculares. Apesar disto, e quando comparado com fármacos que não pertencem à classe dos ARA, o Olmesartan possui efeitos similares a nível de diminuição da PS (Iseki, K. et al., 2013; Ogihara, T. et al., 2009).

O Aliscireno possuiu efeitos de diminuição da pressão sistólica depois das primeiras quatro semanas do estudo, enquanto a pressão diastólica se manteve constante ao longo de todo o estudo. A sua atividade hipotensora eficaz pode ser explicada pela sua lenta metabolização quando administrado por via oral (tempo de semi-vida de 40h). Para além disso, foi demonstrado que o Aliscireno tem alta afinidade para os tecidos vasculares e glomerulares. Pensa-se que os tecidos cardiovasculares têm capacidade de produzir compostos como a renina e o angiotensinógeno. O Aliscireno, teoricamente, consegue eliminar não só a renina e o angiotensinógeno circulantes como também compostos ligados ao tecido cardiovascular, o que pode contribuir para o seu efeito hipotensor a longo prazo (Ishimitsu, T. et al., 2013).

O efeito do Atenolol comparativamente com Lisinopril está associado a maior proteção cardiovascular por diminuição da PS. Assim, se uma diminuição da PS com a administração de Atenolol for a causa de ocorrência de proteção cardiovascular, a redução da PS não é prejudicial para os utentes em diálise. Em contrapartida, o consumo de Lisinopril está associado a um risco aumentado de hospitalizações e de ocorrência de hipercaliémia. Quando comparados, o Atenolol é mais seguro na diminuição da PS em insuficientes renais em diálise (Agarwal, R. et al., 2014).

Nos fármacos em estudo foram reportados fenómenos de hipercaliémia com a toma de Aliscireno (inibidor direto da renina) e com a toma de Lisinopril (IECA). Este fenómeno acontece quando os níveis de potássio se encontram superiores a 5,5 mEq/L. Segundo Kovesdy et al., valores de potássio entre os 4,6 e os 5,3 mEq/L em utentes em diálise estão associados a maior longevidade (Kovesy, CP. et al., 2007).

Fisiologicamente a eliminação de potássio ocorre no túbulo distal dos rins. Em insuficientes renais existem mecanismos de adaptação aos níveis aumentados de potássio. Assim, há ativação do potássio extracelular com consequente aumento da sua concentração. Este fenómeno estimula a libertação de mais potássio no túbulo distal no rim. O efeito desta nova adaptação é o aumento dos níveis de potássio, que se irão manter até existirem novas condições que os alterem, como a administração de medicamentos, excessos em termos alimentares ou diminuições na taxa de filtração. A administração de fármacos como os IECA e os inibidores da renina faz com que a excreção de potássio seja alterada por alteração da taxa de filtração glomerular e assim, promovem a retenção deste eletrólito (Gluhovschi, GH. et al., 2014).

Os estudos de Peters et al., observaram que com a administração de Irbesartan existiram 63 casos de HI sendo que, no grupo placebo foram reportados 50 casos de HI (embora ligeiramente mais elevado, não é uma diferença significativa). Pensa-se que fenómenos recorrentes deste episódio possam causar isquemia do miocárdio e cerebral. Peters et al., demonstrou que o risco de HI se encontrava aumentado com o consumo de nitratos de longa duração de ação, e na ausência de administração de BCC (Peters, CD. et al., 2015). Segundo os estudos de Kayikcioglu et al., os episódios de HI são tanto maiores quanto maior for o consumo de medicação anti-hipertensora destes utentes (Kayikcioglu, M. et al., 2008). Apesar de muitos estudos relacionarem a ocorrência de HI com o consumo de anti-hipertensores, Davenport et al., sugeriu que a HI não foi agravada pela prescrição de medicação anti-hipertensora (Davenport, A. et al., 2008).

A HI pode ainda ser influenciada por diversos fatores associados ao tratamento em diálise como períodos de tratamento mais curtos, taxas de ultrafiltração elevadas e altas temperaturas de diálise. Os estudos de Kuipers et al., detetaram poucos episódios de HI porque todos os fatores mencionados anteriormente estavam adequados ao utente (duração de diálise entre 3,5 a 4,5h; taxa de ultrafiltração de $8.5 \pm 3.3 \text{ ml/kg/h}$ e temperatura entre os 36,0 e os 36,5 °C). Outros fatores que poderão estar associados à ocorrência de HI em utentes em diálise podem ser o stress provocado pelo transporte até ao centro de diálise e a ansiedade



provocada pela punção da fistula (Kuipers, J. et al., 2016)

Mann et al., que comparou a eficácia do Telmisartan com a do Ramipril. Ambos possuíram a mesma eficácia na diminuição da PS (Barnett, AH. et al., 2004; Kolesnyk, I. et al., 2010; Mann, JF. et al., 2008).

Em utentes hipertensos em diálise a atividade do sistema renina-angiotensina está aumentada. Este fator associado à expansão do volume extracelular e ao aumento de peso interdialítico, cria um ciclo vicioso que torna muito complicada a gestão e tratamento da hipertensão em utentes em diálise. Apesar disto, existem evidências científicas suficientes para mostrar que utentes em diálise, especialmente aqueles com atividade plasmática da renina aumentada, podem beneficiar de fármacos que atuam no bloqueio do eixo renina-angiotensina (ARA e IECA). O consumo de fármacos dentro da classe dos IECA diminui significativamente o risco de mortalidade em insuficientes renais. No entanto, apenas 30 a 50% dos utentes em diálise têm estes fármacos nas suas prescrições médicas (Kolesnyk, I. et al., 2010).

No caso do Olmesartan, apesar de a diminuição da PS ter sido de 7,8mmHg, menos de 20% dos utentes atingiram a PS objetivo (valores inferiores a 140mmHg/90mmHg). Este resultado foi inesperado visto que, Ogihara et al., observou um efeito hipotensor muito marcado no Olmesartan em utentes com HTA e sem IR. Seria de esperar que em utentes em diálise o efeito de diminuição da PS fosse idêntico. Era esperado também que para além da diminuição da PS, houvesse uma diminuição de possíveis problemas vasculares. Apesar disto, e quando comparado com fármacos que não pertencem à classe dos ARA, o Olmesartan possui efeitos similares a nível de diminuição da PS (Iseki, K. et al., 2013; Ogihara, T. et al., 2009).

O Aliscireno possuiu efeitos de diminuição da pressão sistólica depois das primeiras quatro semanas do estudo, enquanto que a pressão diastólica se manteve constante ao longo de todo o estudo. A sua atividade hipotensora eficaz pode ser explicada pela sua lenta metabolização quando administrado por via oral (tempo de semi-vida de 40h). Para além disso, foi demonstrado que o Aliscireno tem alta afinidade para os tecidos vasculares e glomerulares. Pensa-se que os tecidos cardiovasculares têm capacidade de produzir compostos como a renina e o angiotensinogénio. O Aliscireno, teoricamente, consegue eliminar não só a renina e o angiotensinogénio circulantes como também compostos ligados ao tecido cardiovascular, o que pode contribuir para o seu efeito hipotensor a longo prazo (Ishimitsu, T. et al., 2013).

O efeito do Atenolol comparativamente com Lisinopril está associado a maior proteção cardiovascular por diminuição da PS. Assim, se uma diminuição da PS com a administração de Atenolol for a causa de ocorrência de proteção cardiovascular, a redução da PS não é prejudicial para os utentes em diálise. Em contrapartida, o consumo de Lisinopril está associado a um risco aumentado de hospitalizações e de ocorrência de hipercaliémia. Quando comparados, o Atenolol é mais seguro na diminuição da PS em insuficientes renais em diálise (Agarwal, R. et al., 2014).

Nos fármacos em estudo foram reportados fenómenos de hipercaliémia com a toma de Aliscireno (inibidor direto da renina) e com a toma de Lisinopril (IECA). Este fenómeno acontece quando os níveis de potássio se encontram superiores a 5,5 mEq/L. Segundo Kovesdy et al., valores de potássio entre os 4,6 e os 5,3 mEq/L em utentes em diálise estão associados a maior longevidade (Kovesy, CP. et al., 2007).

Fisiologicamente a eliminação de potássio ocorre no túbulo distal dos rins. Em insuficientes renais existem mecanismos de adaptação aos níveis aumentados de potássio. Assim, há ativação do potássio extracelular com consequente aumento da sua concentração. Este fenómeno estimula a libertação de mais potássio no túbulo distal no rim. O efeito desta nova adaptação é o aumento dos níveis de potássio, que se irão manter até existirem novas condições que os alterem, como a administração de medicamentos, excessos em termos alimentares ou diminuições na taxa de filtração. A administração de fármacos como os IECA e os inibidores da renina faz com que a excreção de potássio seja alterada por alteração da taxa de filtração glomerular e assim, promovem a retenção deste eletrólito (Gluhovschi, GH. et al., 2014).

Os estudos de Peters et al., observaram que com a administração de Irbesartan existiram 63 casos de HI sendo que, no grupo placebo foram reportados 50 casos de HI (embora ligeiramente mais elevado, não é uma diferença significativa). Pensa-se que fenómenos recorrentes deste episódio possam causar isquemia do miocárdio e cerebral. Peters et al., demonstrou que o risco de HI se encontrava aumentado com o consumo de nitratos de longa duração de ação, e na ausência de administração de BCC (Peters, CD. et al., 2015). Segundo os estudos de Kayikcioglu et al., os episódios de HI são tanto maiores quanto maior for o consumo de medicação anti-hipertensora destes utentes (Kayikcioglu, M. et al., 2008). Apesar de muitos estudos relacionarem a ocorrência de HI com o consumo de anti-hipertensores, Davenport et al., sugeriu que a HI não foi agravada pela prescrição de medicação anti-hipertensora (Davenport, A. et al., 2008).

A HI pode ainda ser influenciada por diversos fatores associados ao tratamento em diálise como períodos de tratamento mais curtos, taxas de ultrafiltração elevadas e altas temperaturas de diálise. Os estudos de Kuipers et al., detetaram poucos episódios de HI porque todos os fatores mencionados anteriormente estavam adequados ao utente (duração de diálise entre 3,5 a 4,5h; taxa de ultrafiltração de $8.5 \pm 3.3 \text{ ml/kg/h}$ e temperatura entre os 36,0 e os 36,5 °C). Outros fatores que poderão estar associados



à ocorrência de HI em utentes em diálise podem ser o stress provocado pelo transporte até ao centro de diálise e a ansiedade provocada pela punção da fistula (Kuipers, J. et al., 2016).

CONCLUSÕES

Os utentes insuficientes renais hipertensos em diálise são ainda uma população para a qual não existe muita informação acerca dos métodos de tratamento mais eficazes.

A revisão da literatura permitiu concluir que os ARA, os IECA e os Bloqueadores beta para além da diminuição da PS conferem proteção cardiovascular e renal e contribuem para uma diminuição da taxa de mortalidade. Por esta razão devem ser uma das primeiras opções terapêuticas a considerar nesta população. Deve-se também dar especial atenção aos inibidores diretos da renina, como o Aliscireno por serem uma classe que exerce uma atividade hipotensora eficaz, por eliminação da renina e do angiotensinogénio.

A hipercaliémia é um fenómeno característico de alguns anti-hipertensores (nomeadamente dos inibidores diretos da renina e dos IECA). No entanto, nem todas as classes de fármacos anti-hipertensoras provocam hipercaliémia. Para além disso, nem todos os fármacos da mesma classe provocam este fenómeno. Por esta razão, deve haver monitorização dos níveis de potássio através de análises periódicas, juntamente com a diminuição da ingestão de alimentos ricos neste eletrólito.

A ocorrência de episódios de HI está associada a maior consumo de anti-hipertensores. No entanto, outros fatores como a duração do tratamento, a taxa de ultrafiltração e as temperaturas de diálise podem influenciar o aumento ou diminuição de ocorrência deste fenómeno.

Ao longo da realização da revisão foram encontradas algumas limitações como a falta de estudos acerca de determinadas classes de fármacos nomeadamente os diuréticos. A falta de estudos que averigüe a eficácia de um fármaco anti-hipertensor isoladamente, e não como um acréscimo a uma terapêutica pré-existente, a inexistência de grupo placebo em alguns artigos e o facto de existirem definições de hipertensão diferentes para esta população constituem mais limitações desta revisão.

No futuro sugere-se que existam estudos observacionais acerca da eficácia das classes de fármacos onde a falta de informação disponível é maior como é o caso dos diuréticos.

Por outro lado, poderiam ser feitos estudos acerca do conhecimento que os utentes em diálise têm acerca da HTA como consequência da IR, da medicação que administram e se têm conhecimento das medidas não-farmacológicas que podem adotar para reverter a HTA. Depois de identificadas as maiores necessidades da população o papel do Licenciado em Farmácia seria educar estes utentes no sentido de melhorar o seu conhecimento nestas temáticas, com o objetivo de promover a qualidade de vida e a longevidade a todos os utentes hipertensos a realizar tratamento em diálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agarwal, R., Sinha, A. D., Pappas, M. K., Abraham, T. N., & Tegegne, G. G. (2014). Hypertension in hemodialysis patients treated with Atenolol or Lisinopril: A randomized controlled trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 29(3), 672-681. doi:10.1093/ndt/gft515

Agarwal, R., & Sinha, A. D. (2010). Should all hypertensive dialysis patients receive a blocker of the Renin-Angiotensin system? *Current Hypertension Reports*, 12(5), 356-363. doi:10.1007/s11906-010-0137-z

Barnett, A. H., Bain, S. C., Bouter, P., Karlberg, B., Madsbad, S., Jervell, J., & Mustonen J. (2004). Angiotensin-receptor blockade versus converting-enzyme inhibition in type 2 diabetes and nephropathy. *The New England Journal of Medicine*, 351(19), 1952-1961. doi:10.1056/NEJMoa042274

Davenport, A., Cox, C., & Thuraisingham, R. (2008). Achieving blood pressure targets during dialysis improves control but increases intradialytic hypotension. *Kidney International Journal*, 73(6), 759-764. doi:10.1038/sj.ki.5002745

Davenport, A. (2009). Can advances in hemodialysis machine technology prevent intradialytic hypotension? *Seminars in Dialysis*, 22(3), 231-236. doi:10.1111/j.1525-139X.2009.00614.x

Gluhovschi, G. H., Mates, A., Gluhovschi, C., Golea, O., Gădălean, F., Somai, M., ... Velciu, S. (2014). Serum potassium in stage 5 CKD patients on their first presentation in a dialysis service of a county hospital in Western Romania. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 52(1), 30-38.



Santos, J., & Oliveira, R. (2016). Tratamento da hipertensão arterial em insuficientes renais em diálise. *Millenium*, 2(ed espec nº1), 245-253.

Huber, M., Treutler, T., Martus, P., Kurzidim, A., Kreutz, R., & Beige, J. (2013). Dialysis-associated hypertension treated with Telmisartan-DiaTel: A pilot, placebo-controlled, cross-over, Randomized trial. *PLOS ONE*, 8(11), e79322. doi:10.1371/journal.pone.0079322

Iseki, K., Arima, H., Kohagura, K., Komiya, I., Ueda, S., Tokuyama, K., ... Toma, S. (2013). Effects of angiotensin receptor blockade (ARB) on mortality and cardiovascular outcomes in patients with long-term haemodialysis: A randomized controlled trial. *Oxford University Press*, 28(6), 1579-1589. doi:10.1093/ndt/gfs590

Ishimitsu, T., Ohta, S., Ohno, E., Takahashi, T., Numabe, A., Okamura, A., ... Matsuoka, H. (2013). Long-term antihypertensive effects of Aliskiren, a direct renin inhibitor, in chronic hemodialysis patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 17(5), 524-531. doi:10.1111/1744-9987.12017

Kayikcioglu, M., Tumuklu, M., Ozkahya, M., Ozdogan, O., Asçı, G., Duman, S., ... Ok, E. (2008). The benefit of salt restriction in the treatment of end-stage renal disease by haemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation: Oxford Journals*, 24(3), 956-962. doi:10.1093/ndt/gfn599

Kolesnyk, I., Struijk, D. G., Dekker, F. W., & Krediet, R. T. (2010). Effects of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers in patients with chronic kidney disease. *The Netherlands Journal of Medicine*, 68(1), 15-23

Kooman, J., Basci, A., Pizzarelli, F., Canaud, B., Haage, P., Fouque, D., ... Vanholder, R. (2007). EBPG guideline on haemodynamic instability. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(2), 22-44. doi:10.1093/ndt/gfm019

Kovesdy, C. P., Regidor, D. L., Mehrotra, R., Jing, J., McAllister, C. J., Greenland, S., ... Kalantar-Zadeh K. (2007). Serum and dialysate potassium concentrations and survival in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(5), 999-1007. doi:10.2215/CJN.04451206

Kuipers, J., Oosterhuis, J. K., Krijnen, W. P., Dasselaar, J. J., Gaillard, C. A., Westerhuis, R. & Franssen C. F. (2016). Prevalence of intradialytic hypotension, clinical symptoms and nursing interventions: A three-months, prospective study of 3818 haemodialysis sessions. *BioMedical Central (BCM) Nephrology*, 1-11. doi: 10.1186/s12882-016-0231-9

Levey, A. S., Coresh, J., Balk, E., Kausz, A. T., Levin, A., Steffes, M. W., ... Eknayan, G. (2003). National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification. *American Journal of Kidney Disease*, 139(2), 137-149.

Mann, J. F., Schmieder, R. E., McQueen, M., Dyal, L., Schumacher, H., Pogue, J., ... Yusuf, S. (2008). Renal outcomes with Telmisartan, Ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): A multicentre, randomised, double-blind, controlled trial. *The Lancet*, 372(9638), 547-53. doi:10.1016/S0140-6736(08)61236-2

Ogihara, T., Saruta, T., Shimada, K., & Kuramoto, K. (2009). A randomized, doubleblind, four-arm parallel-group study of the efficacy and safety of Azelnidipine and Olmesartan Medoxomil combination therapy compared with each monotherapy in Japanese patients with essential hypertension: The REZALT study. *Hypertension Research*, 32(12), 1148-1154. doi:10.1038/hr.2009.163

Peters, C. D., Kjaergaard, K. D., Jensen, J. D., Christensen, K. L., Strandhave, C., Tietze, I. N., ... Jespersen, B. (2015). Short and long-term effects of the Angiotensin II Receptor Blocker Irbesartan on Intradialytic Central Hemodynamics: A Randomized double-blind placebo-controlled one-year intervention trial (the SAFIR study). *PLOS ONE*, 10(6), e0126882. doi:10.1371/journal.pone.0126882

Millenium, 2(ed espec nº1), 255-264.

REABILITAÇÃO VESTIBULAR COM POSTUROGRAFIA DINÂMICA COMPUTADORIZADA NA DOENÇA DE PARKINSON

VESTIBULAR REHABILITATION WITH COMPUTERIZED DYNAMIC POSTUROGRAPHY IN PARKINSON'S DISEASE

REHABILITACIÓN VESTIBULAR CON COMPUTARIZADA POSTUROGRAFÍA DINÁMICA EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Filipa Carvalho
Cristina Nazaré

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTESC, Portugal

RESUMO

Introdução: A doença de Parkinson é uma doença degenerativa progressiva crónica do sistema nervoso, o que causa dificuldades adicionais na execução dos movimentos, o que implica desvantagens físicas e sociais dos indivíduos. As manifestações clínicas são de caráter motor, essencialmente, e por isso pode ser feito reabilitação vestibular para tentar melhorar instabilidade postural. Alguns exercícios realizados em posturografia dinâmica computadorizada são uma possibilidade para usar em reabilitação vestibular, uma vez que esta provoca alterações no equilíbrio e informa sobre o centro de gravidade do indivíduo, e pode corrigi-lo quando ele é desviado.

Objetivo: Verificar, através da revisão sistemática de artigos científicos, se os doentes de Parkinson melhoram o seu equilíbrio corporal através da reabilitação vestibular com Posturografia Dinâmica Computadorizada.

Métodos: A revisão da literatura foi estruturada com artigos científicos dos últimos 5 anos (2009, 2010, 2011, 2012, 2013) de alguns bancos de dados eletrónicos, tais como a B-on, PubMed, ScienceDirect e na rede ResearchGate. Com base nos critérios de inclusão foram selecionados quatro artigos relacionados com a influência da posturografia dinâmica computadorizada na reabilitação vestibular em pacientes com Parkinson.

Resultados: Com base na análise dos artigos, constatou-se que a reabilitação vestibular com exercícios na posturografia dinâmica computadorizada, com ou sem novas técnicas associadas, é um método eficaz para melhorar o equilíbrio de pacientes com Parkinson, persistindo essas melhorias um ano após o fim do treino.

Conclusões: A melhoria do equilíbrio em pacientes com Parkinson através da reabilitação vestibular parece proporcionar uma melhor qualidade de vida e um menor risco de quedas, uma vez que permite adquirir uma melhor estabilidade corporal.

Palavras-chaves: Doença de Parkinson; Reabilitação Vestibular; Posturografia Dinâmica; Equilíbrio

ABSTRACT

Introduction: Parkinson's disease is a chronic progressive degenerative disease of the nervous system, which causes additional difficulties in the execution of movements, implying physical and social handicaps of the individuals. Clinical manifestations are motor character, essentially, and for this can be done vestibular rehabilitation to try to improve postural instability. Some exercises performed in computerized dynamic posturography are a possibility to use in vestibular rehabilitation, since this causes changes in the balance and informs about the individual's centre of gravity, and can fix it when it is diverted.

Objective: To verify through the systematic review of scientific articles, if Parkinson's patients improve body balance through vestibular rehabilitation with Posturography Computerised Dynamic.

Methods: A literature review was structured with scientific articles the last 5 years (2009, 2010, 2011, 2012, 2013) of some electronic databases, such as the B-on, PubMed, ScienceDirect and ResearchGate network. Based on inclusion criteria were selected four articles related to the influence of computerized dynamic posturography in vestibular rehabilitation in patients with Parkinson's.

Results: Based on the analysis of the articles, it was found that vestibular rehabilitation exercises in computerized dynamic posturography, with or without new techniques associated, is an effective method to improve balance in patients with Parkinson's, continuing these improvements one year after the end of training.

Conclusions: The improvement of the balance in Parkinson's patients through vestibular rehabilitation seems to provide a better quality of life and a lower risk of falls, since it allows acquire an improvement in the body stability.

Keywords: Parkinson's disease; Vestibular rehabilitation; Computerized Dynamic Posturography; Balance

RESUMEN

Introducción: La enfermedad de Parkinson es una enfermedad degenerativa progresiva crónica del sistema nervioso, causando dificultades adicionales en la ejecución del movimiento, lo que implica desventajas físicas y sociales de los individuos. Las manifestaciones clínicas son de carácter motor, en esencia, y esto se puede hacer rehabilitación vestibular para tratar de mejorar la inestabilidad postural. Algunos ejercicios realizados en la posturografía dinámica computarizada son una posibilidad para utilizar en la rehabilitación vestibular, ya que esto provoca cambios en el equilibrio e informa centro del individuo de la gravedad, y pueden solucionarlo cuando se desvía.

Objetivo: Verificar, mediante la revisión sistemática de artículos científicos, si los pacientes de Parkinson a mejorar el equilibrio del cuerpo a través de la rehabilitación vestibular con posturografía computarizada dinámica.

Métodos: Una revisión de la literatura se estructuró con los papeles en los últimos 5 años (2009, 2010, 2011, 2012, 2013) de algunos bancos de datos electrónicos, tales como el B-a, PubMed, ScienceDirect y la red ResearchGate. Sobre la base de los criterios de inclusión fueron seleccionados cuatro artículos relacionados con la influencia de la posturografía dinámica computarizada en la rehabilitación vestibular en pacientes con Parkinson.

Resultados: A partir del análisis de los artículos, se encontró que los ejercicios de rehabilitación vestibular en posturografía dinámica computarizada, con o sin nuevas técnicas asociadas, es un método eficaz para mejorar el equilibrio en pacientes con Parkinson, continuando estas mejoras un año después de la final del entrenamiento.

Conclusiones: El equilibrio mejorado en pacientes con rehabilitación vestibular a través de Parkinson parece proporcionar una mejor calidad de vida y un menor riesgo de caídas, ya que permite obtener una mejor estabilidad del cuerpo.

Palabras Clave: Enfermedad de Parkinson; Rehabilitación Vestibular; Posturografía dinámica; Equilibrio



INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson é uma doença degenerativa crónica progressiva do sistema nervoso, na qual ocorre perda de neurónios dopaminérgicos da substância nigra, provocando uma dificuldade acrescida na execução dos movimentos, na capacidade cognitiva, nas emoções e nas funções dos gânglios da base, tálamo e córtex cerebral (Campos, Pinheiro, Branco, & Figueiredo, 2009).

Nesta doença as manifestações clínicas são diversas, no entanto, predominam as de carácter motor, nomeadamente a bradicinesia, tremores rítmicos, rigidez e instabilidade postural. A diminuição do equilíbrio é um elevado fator de mortalidade, devido ao alto número de quedas que podem surgir e consequentemente as lesões graves, tanto a nível físico como psicológico e social, uma vez que após a ocorrência das mesmas, os indivíduos perdem a confiança em si próprios ficando mais isolados e diminuindo a sua qualidade de vida (Campos, et al., 2009; Hirsch, et al., 2003; Rossi-Izquierdo, et al., 2009; Rossi-Izquierdo, et al., 2012).

As manifestações clínicas, essencialmente as de carácter motor, são mais difíceis de melhorar através de medicação. Como tal, recorre-se à reabilitação vestibular para tentar melhorar as ditas manifestações clínicas, uma vez que alguns estudos defendem que a falta de equilíbrio resulta de um défice sensorial vestibular, visual e somatossensorial (Campos, et al., 2009; Yen, et al., 2011).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Assim a reabilitação vestibular é utilizada para a intervenção nos doentes de Parkinson. Esta baseia-se em mecanismos de neuroplasticidade com o objetivo de compensação vestibular, ou seja, de melhorar a estabilidade postural dinâmica e estática em situações com informações sensoriais conflituosas (Ricci, Natalia; Aratani, Mayra; Doná, Flávia; Macedo, Camila; Caovilla, Heloísa; Ganança, Fernando, 2010).

Uma das possibilidades da reabilitação vestibular é utilizar a Posturografia Dinâmica Computorizada, visto que esta avalia de modo qualitativo e quantitativo as informações sensoriais vestibulares, visuais e proprioceptivas no equilíbrio corporal. Esta também provoca mudanças no equilíbrio através de uma superfície móvel com deslocamento num só sentido ou em vários e que dá informação acerca do centro de gravidade do indivíduo, sendo que quando este está deslocado é também possível corrigi-lo (Albertino & Albertino, 2012; Visser, et al., 2008; Rossi-Izquierdo, et al., 2009).

No decorrer dos anos realizaram-se diversos estudos acerca da reabilitação vestibular em doentes de Parkinson. Alguns autores defendem que a prática de exercícios físicos baseados na marcha melhora o equilíbrio dinâmico e diminui as quedas dos doentes com Parkinson, enquanto outros consideram que existe melhoria no equilíbrio usando estímulos auditivos. Há ainda autores que afirmam que o equilíbrio melhora combinando exercícios físicos com exercícios em plataformas de espuma e relatam que existe uma melhoria significativa usando o teste de organização sensorial. No geral, a maioria dos autores enfatiza que a reabilitação vestibular é uma forma eficaz de melhorar o equilíbrio nos doentes de Parkinson e que esta deve ser realizada de forma individualizada para cada indivíduo. No entanto, ainda existem dúvidas de qual o método mais eficaz, uma vez que num estudo de Qutubuddin, et al. (2005), realizado recentemente não foram encontradas diferenças significativas entre a reabilitação vestibular com exercícios físicos e com a posturografia dinâmica computorizada. Outra questão que ainda surge é se a reabilitação vestibular com exercícios físicos está a ser bem executada, visto que alguns indivíduos fazem exercícios em casa e não se consegue determinar se os fazem corretamente por conta própria. Uma das grandes vantagens de utilizar a Posturografia Dinâmica Computorizada, em detrimento de outros exercícios, é facto de esta permitir recriar situações de conflito visual através de um meio envolvente visual móvel e promover o uso de estratégias, como por exemplo a do tornozelo e da anca, reduzindo o número de quedas por falta de equilíbrio (Rossi-Izquierdo, et al., 2009).

Tendo em conta os estudos consultados, tornou-se relevante e objetivo verificar, através da revisão sistemática de artigos científicos acerca do tema, se os doentes de Parkinson melhoram o seu equilíbrio através da reabilitação vestibular com Posturografia Dinâmica Computorizada.

2. MÉTODOS

Para a elaboração desta revisão sistemática foi formulada uma questão orientadora denominada por “ Os doentes de Parkinson melhoram o seu equilíbrio corporal através da reabilitação vestibular com Posturografia Dinâmica Computorizada?”. Após esta elaboração estabeleceu-se a estratégia de pesquisa assim como quais os critérios de inclusão e exclusão a aplicar na escolha dos artigos.

No decorrer desta revisão sistemática foi efetuada uma pesquisa de diversos estudos em bases de dados eletrónicas como a B-on, PubMed, ScienceDirect, através das seguintes palavras-chave: Computerized Dynamic Posturography in patients with Parkinson's, Parkinson and balance, Vestibular rehabilitation in Parkinson's disease patients e Vestibular rehabilitation with computerized



dynamic posturography in Parkinson's patients. Foi também necessário solicitar aos autores na rede ResearchGate e à Biblioteca da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e dos CHUC, EPE - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra alguns artigos.

Na escolha dos artigos científicos foram considerados critérios de inclusão, nomeadamente os estudos tinham de ser publicados e dos últimos 5 anos (2009, 2010, 2011, 2012, 2013) e deviam descrever a influência da Posturografia Dinâmica Computorizada na reabilitação vestibular em doentes de Parkinson. Todos os que não respeitaram estes critérios foram excluídos, à exceção do artigo de Hirsch, Toole, Maitland, Rider (2003). Este artigo apenas não respeita o critério de ser dos últimos 5 anos, no entanto, pela sua importância científica ao nível da avaliação do equilíbrio em doentes de Parkinson e pela combinação de estratégias utilizadas para essa avaliação, pelo seu objetivo foi inserido nesta revisão sistemática.

Outro dos critérios de inclusão a ter em consideração foi o facto de as provas realizadas serem semelhantes entre si, assim como o tempo de treino ser relativamente longo e ser realizado uma comparação de resultados um ano após o fim do treino de equilíbrio. Foi também considerado o estado de avanço da doença de Parkinson e o número de anos que os pacientes já possuíam a doença, que tinham de ser idêntico em todos os artigos e se o treino de equilíbrio apresentava melhorias na qualidade de vida dos doentes de Parkinson e se estas perduravam durante algum tempo.

Na elaboração desta revisão sistemática não foi realizada nenhuma análise estatística.

No total foram incluídos 4 artigos científicos: o artigo de Rossi-Izquierdo, Soto-Varela, Santos-Pérez, Sesar-Ignacio, Labella-Caballero (2009) que tem como objetivo avaliar a eficácia da reabilitação vestibular na melhoria da estabilidade global em indivíduos com Parkinson através da Posturografia Dinâmica Computorizada; o estudo de Yen, Lin, Hu, Wu, Lu, Lin (2011) com o objetivo verificar os efeitos da realidade virtual aumentada no treino de equilíbrio e comparar esses resultados com um grupo de treino convencional que utilizou a Posturografia Dinâmica Computorizada; o artigo de Rossi-Izquierdo, Ernst, Soto-Varela, Santos-Pérez, Faraldo-García, Sesar-Ignacio, Basta (2012) que tem como objetivo avaliar a eficácia do treino de equilíbrio com o sistema neurofeedback vibrotátil para melhorar a estabilidade global em doentes de Parkinson; e o estudo de Hirsch, Toole, Maitland, Rider (2003) que tem como objetivo avaliar os efeitos imediatos e de curto prazo de dois programas de treino em doentes de Parkinson.

3. RESULTADOS

Na tentativa de avaliar a eficácia da reabilitação vestibular na melhoria da estabilidade global em indivíduos com Parkinson, Rossi-Izquierdo, et al. (2009) realizaram um estudo intitulado por “Vestibular rehabilitation with computerised dynamic posturography in patients with Parkinson's disease: Improving balance impairment”.

A amostra deste estudo foi inicialmente constituída por 45 indivíduos com Doença de Parkinson Idiopática, sendo que destes foram excluídos todos aqueles que continham sintomas atípicos avançados, bem como, todos os que tiveram outras alterações neurológicas, cocleovestibulares ou do ouvido médio. Após estas exclusões, a amostra final foi de 10 indivíduos, 5 homens e 5 mulheres, com idade compreendida entre os 48 e os 80 anos. A reabilitação vestibular foi realizada em 9 sessões de 30 minutos durante o período de um mês, sendo que numa primeira sessão foram realizados diversos exames, entre eles, o questionário Dizziness Handicap Inventory (DHI), o teste Timed Up and Go (TUG), o teste de organização sensorial (Sensorial Organization Test - SOT) composto por 6 condições, os limites de estabilidade (Limits of Stability - LOS) e o teste de mudança de peso rítmica (Rhythmic Weight Shift - RWS). O protocolo utilizado nas sessões consistiu em 10 exercícios por sessão, personalizados consoante o défice de cada indivíduo e nos quais este deveria manter o seu centro de gravidade corporal sobre a base de apoio ou movê-lo segundo algumas metas. Ao longo das sessões a dificuldade dos exercícios foi aumentando progressivamente, e na última sessão realizaram-se novamente os mesmos exames que na primeira. Um ano mais tarde, foi realizada uma nova avaliação em 8 dos 10 indivíduos, através dos mesmos exames realizados anteriormente (Rossi-Izquierdo, et al., 2009).

Quanto aos resultados obtidos (ver tabela 1) nas condições do SOT foram encontradas melhorias estatisticamente significativas imediatamente após a reabilitação vestibular na condição 4 (superfície móvel, visual imóvel, olhos abertos) e 6 (superfície móvel, visual móvel, olhos abertos), e estas melhorias continuaram a ser estatisticamente significativas na condição 6 e na condição 5 (superfície móvel, olhos fechados) após um ano da reabilitação. Na análise sensorial do SOT, após a reabilitação vestibular verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa no equilíbrio global dos indivíduos, no input visual e na preferência visual. No teste RWS e no LOS, foram encontradas melhorias estatisticamente significativas no plano lateral após a reabilitação. Quanto ao teste TUG e ao questionário DHI, também foi verificável uma melhoria estatisticamente significativa após a reabilitação vestibular. Todas estas melhorias permaneceram durante um ano (Rossi-Izquierdo, et al., 2009).



Tabela 1 – Resultados dos diversos exames: Teste de organização sensorial - Sensorial Organization Test - SOT, Timed Up and Go - TUG, Dizziness Handicap Inventory – DHI, antes, depois e um ano após a reabilitação vestibular (RV) com Posturografia Dinâmica Computorizada em doentes de Parkinson (Rossi-Izquierdo, et al. 2009).

		Antes da RV	Depois da RV	Um ano após a RV
SOT (%) ¹	Condição 4 (superfície móvel, visual imóvel, olhos abertos)	67.6%	75.2%	-
	Condição 5 (superfície móvel, olhos fechados)	46.8%	-	59.87%
	Condição 6 (superfície móvel, visual móvel, olhos abertos)	42.4%	58.1%	59.75%
	Equilíbrio global	65.7%	72.6%	73.1%
	Input visual	73.4%	81.8%	81.5%
	Preferência visual	91.0%	100%	66.2%
TUG (s) ²		22.90s	16.0s	17.5s
DHI (%) ³		59.20%	43.60%	43.75%

¹ % - Percentagem de equilíbrio obtida na realização do SOT.

² s - Tempo de queda em segundos.

³ % - Percentagem da influência do equilíbrio no dia-a-dia.

Estes resultados revelaram uma melhoria estatisticamente significativa em praticamente todos os testes realizados. No entanto, não se verificou perduração de melhorias na condição 4, possivelmente pelo movimento encontrado na plataforma ser contrário ao que os indivíduos normalmente encontram no seu dia-a-dia. No teste RWS, as melhorias estatisticamente significativas foram somente no plano lateral, uma vez que este possui uma relação mais forte e direta com o equilíbrio. Já no teste LOS, a melhoria foi alcançada em todos os parâmetros, uma vez que os indivíduos aumentavam os seus limites de estabilidade, conseguindo manter o seu centro de gravidade corporal na base de apoio e reduzindo assim o risco de quedas. A conclusão que se obtém deste estudo é que a reabilitação vestibular em doentes de Parkinson com a Posturografia Dinâmica Computorizada é um método eficaz na melhoria do equilíbrio, e por consequente, proporciona uma melhoria na qualidade de vida, na marcha e na redução do risco de quedas, e além disso, os resultados persistem ao longo do tempo (Rossi-Izquierdo, et al., 2009).

Yen, et al. (2011) com o objetivo de verificar os efeitos da realidade virtual aumentada no treino de equilíbrio e comparar esses resultados com um grupo de treino convencional que utilizou a Posturografia Dinâmica Computorizada, realizaram um estudo denominado por “Effects of Virtual Reality-Augmented Balance Training on Sensory Organization and Attentional Demand for Postural Control in People With Parkinson Disease: A Randomized Controlled Trial”.

Inicialmente, a amostra do estudo era de 67 indivíduos com Doença de Parkinson Idiopática, no entanto, foram excluídos 25 indivíduos por não respeitarem os critérios de inclusão, perfazendo um total de 42 indivíduos como amostra final. Os 42 indivíduos foram divididos aleatoriamente por 3 grupos, ficando com uma amostra de 14 indivíduos em cada grupo, designadamente, o grupo de treino de realidade virtual aumentada, o de treino convencional e o de controlo (não treinado). O treino de equilíbrio realizou-se em sessões de 30 minutos, 2 vezes por semana, durante um período de 6 semanas e com programas de treino individualizados para o grupo de treino de realidade virtual aumentada e para o de treino convencional. Quanto ao grupo de treino de realidade virtual aumentada, em cada sessão foram submetidos a 10 minutos de exercícios de alongamento, ficando de seguida, 20 minutos em cima da plataforma de equilíbrio a receber desafios de realidade aumentada (deslocar o seu peso para controlar o quadro simulado de ambiente virtual). Durante esses 20 minutos, os desafios incluídos eram o jogo da bola rolante 3D (deslocar o peso em várias direções) e as atividades interior-exterior (controlar o peso deslocando-o em várias direções). Relativamente ao grupo de treino convencional, em cada sessão foram submetidos a 10 minutos de exercícios de alongamento e 20 minutos de intervenção. Nos 20 minutos de intervenção, o protocolo de treino era constituído por três partes: a posição estática onde os indivíduos tinham de ficar em cima de fragmentos de espuma com os olhos abertos ou fechados durante aproximadamente 60 segundos; o peso dinâmico de deslocamento onde era lançada uma bola em várias direções, aproximadamente 30 vezes, e os indivíduos tinham de a apanhar; e por fim as perturbações externas que provocavam situações desestabilizadoras inesperadas com o intuito de facilitar os reflexos posturais. Os indivíduos de ambos os grupos foram instruídos a utilizar, sempre que possível, a estratégia do tornozelo e a dificuldade dos exercícios realizados foi aumentando de dificuldade ao longo das sessões. Todos os indivíduos foram

avaliados antes do treino de equilíbrio, após, e passado 4 semanas do mesmo. Para tal, realizaram-se aleatoriamente 3 tarefas, nomeadamente uma tarefa primária onde os indivíduos realizaram 2 sessões de SOT, uma tarefa secundária que se realizou em 4 sessões, e em cada uma delas eram emitidos aleatoriamente 6 sinais auditivos reais e 4 sinais auditivos falsos para que se evitasse o efeito de antecipação, e onde os indivíduos tinham de identificá-los o mais rápido possível, e uma dupla tarefa onde os indivíduos tinham de identificar o mais rápido possível os sinais auditivos que surgiam durante o SOT (Yen, et al., 2011).

Quanto aos resultados obtidos após as sessões de treino (ver tabela 2), não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de treino de realidade virtual aumentada, o de treino convencional e o grupo controle. No entanto, após o fim do treino de equilíbrio, é possível verificar que o grupo de treino de realidade virtual aumentada melhorou o seu índice de equilíbrio na condição 6 (superfície móvel, visual móvel, olhos abertos) do SOT em relação ao grupo de controlo. Também o grupo de treino convencional melhorou o seu índice de equilíbrio na condição 5 (superfície móvel, olhos fechados) e 6 do SOT após o fim do treino de equilíbrio, sendo mais significativo na condição 5. Apesar de não serem muito significativas, as melhorias obtidas nestes 2 grupos persistiram após 4 semanas de treino. No que diz respeito aos índices sensoriais após o treino, não se verificou resultado significativo no grupo de treino de realidade virtual aumentada, mas no de treino convencional houve um aumento significativo da relação sensorial vestibular que persistiu após 4 semanas do treino. Quanto ao efeito da dupla tarefa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a tarefa simples e a dupla nem em relações sensoriais dos 3 grupos antes, depois e passado 4 semanas do treino (Yen, et al., 2011).

Tabela 2 – Resultados dos diversos exames: Teste de organização sensorial - Sensorial Organization Test – SOT, antes, depois e 4 semanas após o treino de equilíbrio em doentes de Parkinson no grupo de treino de realidade virtual aumentada e de treino convencional, e do grupo de controlo (sem ser treinado e sem doentes de Parkinson) (Yen, et al., 2011).

	Grupo de treino de realidade virtual aumentada			Grupo de treino convencional			Grupo de controlo		
	Antes do treino	Depois do treino	4semanas depois do treino	Antes do treino	Depois do treino	4semanas depois do treino	Antes do treino	Depois do treino	4semanas depois do treino
SOT – 5 (%) ¹ (superfície móvel, olhos fechados)									
Tarefa Primária	43.0%	51.1%	50.9%	41.9%	63.1%	55.4%	45.1%	39.9%	40.9%
Dupla Tarefa	43.0%	49.6%	49.9%	37.9%	55.1%	53.6%	40.2%	36.7%	41.4%
SOT – 6 (%) ¹ (superfície móvel, visual móvel, olhos abertos)									
Tarefa Primária	37.4%	54.3%	48.6%	40.2%	55.0%	53.2%	44.5%	42.1%	44.2%
Dupla Tarefa	39.9%	55.3%	52.6%	33.8%	48.1%	52.9%	44.9%	38.4%	40.9%

¹ % - Percentagem de equilíbrio obtida na realização do SOT.

Os dados apresentados mostram que ambos os grupos melhoraram em pelo menos uma condição do SOT, apresentando uma grande melhoria na capacidade de integração sensorial para o controlo postural, mas com uma diferença não significativa provavelmente por terem princípios de treino semelhantes. Com este estudo é possível afirmar que o grupo de treino de realidade virtual aumentada melhorou a capacidade de utilizar a informação vestibular para controlo postural sob visão e somatossensação não correta, enquanto que o grupo de treino convencional aumentou a capacidade de utilizar a informação vestibular para controlo postural sob somatossensação correta e visão privada. Assim, tanto o treino de realidade virtual aumentada como o treino convencional parecem ser úteis para melhorar a estabilidade postural em doentes de Parkinson (Yen, et al., 2011).

A fim de avaliar a eficácia do treino de equilíbrio com o sistema neurofeedback vibrotátil para melhorar a estabilidade global em doentes de Parkinson, Rossi-Izquierdo, et al. (2012) realizaram o estudo “Vibrotactile neurofeedback balance training in patients with Parkinson’s disease: Reducing the number of falls”. Os dados do treino com o sistema neurofeedback vibrotátil foram comparados com os dados de outros indivíduos treinados com a posturografia dinâmica computorizada num estudo anterior (“Vestibular rehabilitation with computerised dynamic posturography in patients with Parkinson’s disease: Improving balance impairment” de Rossi-Izquierdo, et al. (2009)). A amostra deste estudo foi constituída por 10 indivíduos com Doença de Parkinson Idiopática, 8 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 53 e os 79 anos. O protocolo de reabilitação vestibular foi individualizado tendo em conta as dificuldades de cada indivíduo. Para tal, começou-se por fazer uma



análise da oscilação corporal (Standard Balance Deficit Test - SBDT), em 14 diferentes tarefas do dia-a-dia e em condições de marcha durante 20 segundos. Após esta análise, foram incluídas no programa de treino apenas as 6 tarefas com as alterações mais significativas em cada indivíduo. O treino realizou-se diariamente durante 2 semanas num total de 10 sessões, repetindo-se 5 vezes o conjunto de 6 tarefas escolhidas com uma duração de 20 segundos cada, em que o indivíduo tinha de ajustar os seus limites de estabilidade até conseguir reagir adequadamente ao sinal neurofeedback vibrotátil (estímulo vibratório) que lhe era apresentado em cada tarefa. Para verificar se houve melhorias, foram realizados vários testes antes, após e passados 3 meses da reabilitação, nomeadamente o SBDT, o SOT, a escala de confiança de equilíbrio (Activities-specific balance confidence scale - ABC) e o questionário DHI (Rossi-Izquierdo, et al., 2012).

Em relação aos resultados obtidos (ver tabela 3), verificou-se uma diminuição significativa na oscilação do corpo imediatamente após o treino quando feita a análise da oscilação corporal. O SOT, no geral, demonstrou uma melhoria significativa quando se compara os resultados antes e pós treino de equilíbrio. As melhorias obtidas permaneceram após 3 meses do treino. No questionário DHI e na escala de confiança de equilíbrio foi verificável uma melhoria estatisticamente significativa antes e pós treino, no entanto, passados 3 meses a diferença em relação ao pós treino já não era significativa. Quando se compara os resultados obtidos do treino de neurofeedback vibrotátil com a posturografia dinâmica computorizada, constata-se que houve um aumento significativamente maior no SOT quando o treino é feito com o neurofeedback vibrotátil do que com a posturografia dinâmica computorizada (Rossi-Izquierdo, et al., 2012).

Tabela 3 – Pontuações dos diversos exames: Análise da oscilação corporal - Standard Balance Deficit Test - SBDT, teste de organização sensorial - Sensorial Organization Test - SOT, Dizziness Handicap Inventory - DHI, escala de confiança de equilíbrio - Activities-specific balance confidence scale – ABC, antes, depois e 3 meses após o treino de equilíbrio com o sistema neurofeedback vibrotátil em doentes de Parkinson (Rossi-Izquierdo, et al., 2012).

	Antes do treino	Depois do treino	3 meses depois do treino
SBDT(%) ¹	-	43.5% - No passo 42.2% - Direção do rolo	-
SOT (%) ¹	47.6%	66.0%	61.5%
DHI (%) ²	65.6%	48.0%	52.6%
ABC (%) ³	37.1%	61.0%	50.6%

¹ % - Percentagem de equilíbrio obtida na realização do SBDT e SOT.

² % - Percentagem da influência do equilíbrio no dia-a-dia.

³ % - Percentagem de confiança no equilíbrio.

Um dos resultados mais importantes deste estudo foi a redução significativa do número de quedas nos indivíduos e por consequente um aumento de confiança e de qualidade de vida. É então possível concluir que tanto o sistema neurofeedback vibrotátil como a posturografia dinâmica computorizada são estratégias úteis para melhorar o equilíbrio dos doentes de Parkinson (Rossi-Izquierdo, et al., 2012).

Com o intuito de avaliar os efeitos imediatos e de curto prazo de dois programas de treino em doentes de Parkinson, Hirsch, et al., (2003) realizaram um estudo intitulado por “The Effects of Balance Training and High-Intensity Resistance Training on Persons With Idiopathic Parkinson’s Disease”.

A amostra do estudo foi constituída por 15 indivíduos diagnosticados com Doença de Parkinson Idiopática. Toda a amostra foi pré testada no equilíbrio e, em seguida, na força muscular, sendo posteriormente divididos aleatoriamente em 2 grupos de treino. Um dos grupos fazia treino combinado de resistência e equilíbrio e outro apenas treino de equilíbrio com condições sensoriais alteradas. Os indivíduos que pertenciam ao grupo de treino combinado foram submetidos a treino de alta intensidade, progressiva nos tornozelos e nos extensores e flexores do joelho, uma vez que estes são bastante importantes para o equilíbrio. As sessões de exercícios de resistência duraram 15 minutos e realizaram-se 3 vezes por semana, onde cada indivíduo realizava 12 repetições de cada exercício. Quanto ao teste de equilíbrio, este foi avaliado usando um protocolo padronizado que era progressivamente mais difícil ao longo do tempo, onde as sessões de exercícios duraram 30 minutos e realizaram-se 3 vezes por semana. O treino consistiu primeiro na realização do SOT, em que cada condição durava 20 segundos e repetia-se a sequência 5 vezes. De seguida, o indivíduo recebeu orientações para que conseguisse melhorar os seus limites de estabilidade, executando os exercícios com e sem espuma

e repetindo cada um 20 vezes. Por fim, foram realizados exercícios com e sem espuma em que o indivíduo tinha de se deslocar em direção a um alvo imaginário, e permanecer nessa posição durante 5 segundos (Hirsch, et al., 2003).

Em relação aos resultados (ver tabela 4), podemos referir que o treino combinado obteve melhores resultados no equilíbrio dos indivíduos do que quando realizado apenas treino de equilíbrio. Ambos os grupos apresentaram uma melhoria nas condições 4 (superfície móvel, visual imóvel, olhos abertos), 5 (superfície móvel, olhos fechados) e 6 (superfície móvel, visual móvel, olhos abertos) do SOT após o treino, no entanto, passados 4 semanas, a melhorias decaíram um pouco, principalmente no grupo que realizou apenas treino de equilíbrio, ficando perto dos valores antes do treino. No que diz respeito à latência de queda houve um aumento significativo na latência após o treino para ambos os grupos, no entanto, passados 4 semanas do fim treino houve um declínio, mas não foi significativo (Hirsch, et al., 2003).

Tabela 4 – Pontuações dos diversos exames: Teste de organização sensorial - Sensorial Organization Test - SOT, antes, depois e quatro semanas após o treino de equilíbrio com condições sensoriais alteradas e treino combinado de resistência e equilíbrio em doentes de Parkinson (Hirsch, et al., 2003).

	Treino combinado (treino de resistência e equilíbrio)			Treino de equilíbrio (com condições sensoriais alteradas)		
	Antes do treino	Depois do treino	4 semanas depois do treino	Antes do treino	Depois do treino	4 semanas depois do treino
Equilíbrio (%) ¹	-	69.28%	-	-	55.9%	-
SOT 4, 5 e 6 (%) ¹	59.0%	75.1%	73.9%	52.8%	60.1%	54.8%
Latência para cair (s) ²	15.89s	18.35s	17.91s	15.89s	18.35s	17.91s

¹ % - Percentagem de equilíbrio obtida na realização do SOT.

² s – Tempo até ocorrer a queda em segundos.

Após a análise dos resultados foi possível concluir que o treino combinado e o de equilíbrio são ambos benéficos no equilíbrio dos doentes de Parkinson, no entanto, o treino combinado permite mais melhorias e que persistem durante mais algum tempo (Hirsch, et al., 2003).

4. DISCUSSÃO

Tendo em conta o artigo de Rossi-Izquierdo, et al. (2009) e de Yen, et al., (2011) é possível constatar que ambos melhoraram o seu desempenho nas condições 5 (superfície móvel, olhos fechados) e 6 (superfície móvel, visual móvel, olhos abertos) do SOT. Estas melhorias persistiram durante algum tempo após a reabilitação vestibular possivelmente pelo tempo de treino semelhante entre os dois estudos e pelo conjunto de exercícios utilizados. Segundo Rossi-Izquierdo, et al. (2009) a melhoria na condição 5 e 6 presumivelmente acontece devido à maior estabilidade atingida, maior confiança dos indivíduos e reintegração gradual deste nas atividades da sua vida diária e também pelo facto do sistema nervoso central dos indivíduos conseguir encontrar a informação correta e rejeitar a errada, resultando assim num menor risco de queda. Já Yen, et al., (2011) defendem que as melhorias atingidas na condição 6 do SOT poderá dever-se ao facto do equipamento de Realidade Virtual oferecer um treino específico muito semelhante a condição 6 do SOT.

Segundo Rossi-Izquierdo, et al. (2009) e Rossi-Izquierdo, et al. (2012) é possível concluir que a reabilitação vestibular diminui consideravelmente o risco de queda dos indivíduos, assim como lhes melhora a qualidade de vida. Esta constatação vai ao encontro de Hirsch, et al., (2003) que também constatam que o treino de equilíbrio pode reduzir o risco de queda e ainda possibilitar uma vida independente a longo prazo dos indivíduos.

Após a revisão de todos os artigos incluídos é possível verificar que o único estudo onde as melhorias obtidas com o treino de equilíbrio não persistiram após algum tempo do fim do treino foi o trabalho realizado por Hirsch, et al. (2003), possivelmente pelo tempo de treino ser reduzido, pois o protocolo utilizado é semelhante ao dos outros estudos realizados.



CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi verificar, através da revisão sistemática de quatro artigos científicos, se os doentes de Parkinson melhoraram o seu equilíbrio através da reabilitação vestibular com Posturografia Dinâmica Computorizada.

A reabilitação vestibular realizada nos doentes de Parkinson com Posturografia Dinâmica Computorizada poderá ser realizada por um profissional de audiologia quer em ambiente hospitalar, domiciliar ou mesmo em doentes institucionalizados.

A posturografia dinâmica computorizada é um exame que pode ser utilizado para avaliar o estado de equilíbrio dos doentes com Parkinson com base nas informações visuais, somatossensoriais e vestibulares, que quando alteradas podem causar falta de equilíbrio. Para a realização deste teste, o paciente é colocado em pé, sobre uma plataforma onde são efetuadas seis provas, com duração de 20 segundos cada. Este teste é um teste rápido e indolor para qualquer um dos seus utilizadores.

Com base nos artigos analisados, a grande conclusão que se obtém é que a reabilitação vestibular através do treino de equilíbrio com a Posturografia Dinâmica Computorizada, com ou sem novas técnicas associadas, é um método eficaz para melhorar o equilíbrio dos doentes de Parkinson.

É possível ainda afirmar que estas melhorias por vezes persistem após um ano do fim do treino de equilíbrio, ficando o indivíduo com uma maior estabilidade corporal e por sua vez, diminuam o risco de quedas e melhoravam a qualidade de vida, proporcionando uma vida independente a longo prazo. Esta melhoria na qualidade de vida acontece porque os indivíduos adquirem maior confiança em si próprios quando verificam que melhoraram o seu equilíbrio, e vão-se integrando novamente de forma gradual na sociedade e nas atividades do seu dia-a-dia.

Ao longo desta revisão sistemática foram sentidas algumas dificuldades na pesquisa de estudos que respeitassem os critérios de inclusão que foram estabelecidos. A maior parte dos artigos disponíveis não eram dos últimos cinco anos, e quando o eram não estavam disponíveis para aceder. O facto deste tema ainda não ser muito estudado, e quando o é, nem sempre se utilizam técnicas semelhantes, não permitiu a comparação de alguns resultados. Por vezes, também os protocolos não eram totalmente idênticos, contudo apresentavam em comum o teste SOT.

Nesta revisão sistemática foram incluídos alguns estudos que utilizavam técnicas diferentes entre si, mas que também comparavam os resultados com a Posturografia Dinâmica Computorizada.

Por fim, estudos com a existência de uma amostra de controlo permitiria comparar os resultados dos grupos treinados com um grupo de controlo sem ser treinado, e assim verificar as diferenças e benefícios obtidos com o treino de equilíbrio.

No futuro, novas investigações devem ser feitas contendo um tempo de treino maior e um grupo de controlo, para que se possa analisar melhor quais os benefícios da reabilitação vestibular com Posturografia Dinâmica Computorizada. Deveriam ainda ser feitos estudos que utilizassem protocolos mais uniformizados e comparassem diversas faixas etárias (com o mesmo tempo de desenvolvimento da doença) para que se pudesse concluir sobre o efeito do equilíbrio nas várias idades dos doentes de Parkinson.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albertino, S., & Albertino, R. S. (2012). Reabilitação Vestibular. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, 11*(3). Acedido em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8972/6868>

Campos, I., Pinheiro, J. P., Branco, J., & Figueiredo, P. (2009). Evidências na reabilitação do doente parkinsoniano. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 18*(2), 29-32.

Flores, F. T., Rossi, A. G., & Schmidt, P. S. (2011). Avaliação do equilíbrio corporal na doença de Parkinson. *Aruivos Internacionais de Otorrinolaringologia, 15*(2), 142-150. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-48722011000200004>

Garcia F.V., Luzio C.S., & Benzinho T.A. (2008). Validação e adaptação do dizziness handicap inventory para a língua e população portuguesa de Portugal. *Acta ORL, 26*(2), 128-132.

Hirsch, M. A., Toole, T., Maitland, C. G., & Rider, R. A. (2003). The effects of balance training and high-intensity resistance. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84*(8), 1109-1117.

Ricci, N., Aratani, M., Doná, F., Macedo, C., Caovilla, H., & Ganança, F. (2010). Revisão sistemática sobre os efeitos da reabilitação vestibular em adultos de meia-idade e idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia, 14*(5), 361-371.

Rossi-Izquierdo, M., Ernst, A., Soto-Varela, A., Santos-Pérez, S., Faraldo-García, A., Sesar-Ignacio, Á., & Basta, D. (2012). Vibrotactile neurofeedback balance training in patients with Parkinson's disease: Reducing the number of falls. *Gait & Posture, 37*(2), 195-200.

Carvalho, F., & Nazaré, C. (2016). Reabilitação vestibular com posturografia dinâmica computadorizada na doença de parkinson. *Millenium, 2*(ed espec nº1), 255-264.

Rossi-Izquierdo, M., Soto-Varela, A., Santos-Pérez, S., Sesar-Ignacio, A., & Labella-Caballero, T. (2009). Vestibular rehabilitation with computerised dynamic posturography in patients with Parkinson's disease: Improving balance impairment. *Disability and Rehabilitation, 31*(23), 1907-1916.

Teixeira, C. S., Pereira, É. F., Rossi, A. G., & Daronco, L. S. (2010). Reabilitação vestibular: Tendências e indicações. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 7*(2), 280-288. doi: <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2012.366>

Yen, C.-Y., Lin, K.-H., Hu, M.-H., Wu, R.-M., Lu, T.-W., & Lin, C.-H. (2011). Effects of virtual reality-augmented balance training on sensory organization and attentional demand for postural control in people with Parkinson disease: A randomized controlled trial. *Physical Therapy, 91*(6), 862-874. doi: 10.2522/ptj.20100050

Millenium, 2(ed espec nº1), 267-275.

CONHECIMENTO SOBRE HEPATITES B E C E AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ADOTADAS POR PROFISSIONAIS DOS SALÕES DE BELEZA

KNOWLEDGE OF HEPATITIS B AND C AND THE PREVENTIVE MEASURES ADOPTED BY PROFESSIONAL BEAUTY SALONS

EL CONOCIMIENTO DE LA HEPATITIS B Y C Y LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ADOPTADAS POR LOS SALONES DE BELLEZA PROFESIONALES)

Juliano Caliari¹

Natália Pereira²

Lilian Reinato²

Cristiane Cristiano¹

Renata Reis²

Elucir Gir²

¹Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais, Brasil

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP, Brasil



RESUMO

Introdução: Conhecer e adotar medidas preventivas relacionadas às hepatites B e C minimizam a transmissão viral, contribuem para melhora do cenário deste importante problema de saúde pública mundial. Os salões de beleza exercem um papel importante na cadeia de transmissão dos vírus das hepatites B e C, assim, a preocupação com as ações dos profissionais nesse ambiente.

Objetivo: Identificar o conhecimento e as medidas de prevenção relacionadas à aquisição e transmissão dos vírus das hepatites B e C em salões de beleza.

Métodos: Estudo transversal realizado com profissionais de salões de beleza, por meio de questionário estruturado e análise dos dados por estatística descritiva. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados: Dos 101 participantes, 70.0% eram mulheres com média de idade de 42 anos e tempo médio de atuação na profissão de 26 anos; 91.0% relataram conhecer a doença; 89.1% realizavam a higiene das mãos; 68.3% usavam luvas e 62.4% das manicures e pedicures mencionaram adotar procedimento de limpeza e desinfecção dos recipientes.

Conclusões: Apesar das medidas preventivas serem reconhecidas como importantes no processo de interrupção dos microrganismos, não eram realizadas por todos os profissionais; de modo que o não cumprimento das medidas de biossegurança apontam para a necessidade de ações educativas, orientando a importância e o emprego correto das mesmas.

Palavras-chaves: Centros de embelezamento e estética; Hepatite B; Hepatite C

ABSTRACT

Introduction: Know and take preventive measures related to hepatitis B and C, minimize the transmission of viruses and help to improve the setting of this important problem of public health worldwide. Beauty salons, with its growing audience, play an important role in the chain of transmission of hepatitis B and C thus emerges the concern with the actions of the professionals in this environment.

Objective: To identify the knowledge and prevention measures related to the acquisition and transmission of hepatitis B and C in beauty salons.

Methods: Cross-sectional study with professional beauty salons, using a structured questionnaire and data analysis by descriptive statistics. This study was approved by the Research Ethics Committee.

Results: Of the 101 participants, 70.0% were women with a mean age of 42 years and an average time of work in the profession 26 years; 91.0% reported knowing the disease; 89.1% performed hand hygiene; 68.3% wore gloves; and 62.4% of manicures and pedicures mentioned adopt procedure for cleaning and disinfection of the containers used.

Conclusions: Despite the preventive measures being recognized as important in the microorganisms breaking process, were not conducted for all professionals; so that non-compliance with biosecurity measures, point to the need for educational activities for professionals of beauty salons, guiding the importance and correct use of them.

Keywords: Beauty and Aesthetics Centers; Hepatitis B; Hepatitis C

RESUMEN

Introducción: Conocer y tomar medidas preventivas relacionadas con la hepatitis B y C, reducir al mínimo la transmisión de virus ayudan a mejorar el entorno de este importante problema de salud pública en todo el mundo. Salones de belleza juegan un papel importante en la cadena de transmisión viral de este modo surge la preocupación por las acciones de los profesionales en este entorno.

Objetivo: Identificar las medidas de conocimiento y de prevención relacionados con la adquisición y transmisión de la hepatitis B y C.

Métodos: Estudio transversal con salones de belleza profesionales, utilizando un cuestionario estructurado y análisis de datos mediante estadística descriptiva. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la opinión.

Resultados: De los 101 participantes, 70,0% eran mujeres con un tiempo medio de trabajo en la profesión de 26 años; 91,0% informó de conocer la enfermedad; 89,1% la higiene de manos realizado; 68,3% llevaba guantes y 62,4% de manicura y pedicura mencionados limpiar y desinfectar los contenedores utilizados.

Conclusiones: A pesar de las medidas preventivas que se reconoce la importancia de los microorganismos proceso de rotura, no se llevaron a cabo para todos los profesionales; por lo que el incumplimiento de las medidas de bioseguridad, apuntan a la necesidad de actividades de formación que guían la importancia y el uso correcto de ellos.

Palabras Clave: Centros de embellecimiento y estéticos; Hepatitis B; Hepatitis C

INTRODUÇÃO

As hepatites B e C constituem importante problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que a cada ano, as hepatites virais provoquem 1.4 milhões de disfunções; com mais de 780 mil óbitos por consequência da hepatite B e entre 300 mil e 500 mil óbitos em decorrência da hepatite C (WHO, 2012).

No Brasil, nos anos de 1999 a 2011, foram notificados 120.343 casos de hepatite B e confirmados 82.041 casos de hepatite C, sendo a maior parte deles na região sudeste, com 36.3% e 67.3% dos casos, respectivamente, notificados no país (Brasil, 2012a).

A grande importância das hepatites virais, não está apenas na sua prevalência e incidência, mas na sua manifestação, podendo apresentar formas aguda ou crônica, com ou sem sintomas, as quais favorecem o aparecimento de complicações e formas mais graves da doença como as inflamações e o câncer hepático (WHO, 2012; Brasil, 2012a).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os vírus das hepatites B e C, além de transmitidos por transfusão sanguínea e hemoderivados, transplantes, hemodiálise, aleitamento materno e relação sexual desprotegida, podem se propagar por meio de agulhas, seringas e materiais intravenosos contaminados (Melo & Isolani, 2011; WHO, 2012; Brasil, 2012a).

Todavia, o compartilhamento de objetos cortantes como lâminas de barbear e alicates, não submetidos ao processo de esterilização ou não esterilizados corretamente, também representam situações de risco para a transmissão destes tipos de vírus (Melo & Isolani, 2011).

Desta forma recomenda-se que todos os materiais perfuro cortantes utilizados em salões passem pelo processo de limpeza com água, escova e detergente; secagem, com pano seco e limpo; e esterilizados ou desinfetados (Yoshida, Oliveira, Coelho, Fonseca, & Filipini, 2014; Brasil, 2012b; Brasil, 2016).

Os materiais considerados artigos críticos, sendo estes os instrumentos de natureza perfuro cortante (alicates de cutículas, navalhas, dentre outros), os quais podem ocasionar penetração; poderão ser esterilizados com autoclaves ou estufas. Nas autoclaves, os materiais deverão permanecer de 15 a 30 minutos a uma temperatura de 121°C a 137°C; nas estufas, o tempo esperado é de uma hora a uma temperatura de 170°C ou de duas horas a 160°C (Brasil, 2009; Melo & Isolani, 2011; Brasil, 2012b; Brasil, 2016).

Quando forem artigos não críticos de uso permanente, como: tigelas de vidro, plástico ou de aço inox usados para colocar água destinada ao amolecimento de cutículas das unhas das mãos ou pés, devem ser lavados com água e sabão a cada atendimento e fazer uso de protetores plásticos, descartáveis, para cada cliente; caso não utilize o protetor plástico descartável, estes utensílios devem ser desinfetados com álcool a 70.0% (Brasil, 2012b; Brasil, 2016).

Recomenda-se ainda que os profissionais lavem as mãos com água e sabão líquido, antes e após cada atendimento; utilizem luvas descartáveis para cada cliente e materiais descartáveis de uso individualizado, como lixas para unhas, palitos, protetores para cubas e bacias (Brasil, 2012b; Brasil, 2016).

Diante da complexidade dos agravos causados pelas hepatites, emerge a preocupação com as ações dos profissionais nos salões de beleza, dentre os quais a ocorrência de acidentes com os objetos cortantes já é descrita na literatura (Garbaccio & Oliveira, 2015).

Assim o objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento e as medidas preventivas à aquisição e transmissão dos vírus das hepatites B e C adotadas por profissionais em salões de beleza e seus fatores associados.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado em salões de beleza com profissionais que trabalhavam com depilação, manicure, pedicure, corte de cabelo e barba de uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil. Dentre os 24 bairros da cidade, foram selecionados todos os bairros da região central, por ser a região de maior concentração de salões de beleza da cidade.

2.1 Amostra

A identificação destes serviços se deu por meio da consulta no guia alfabético da lista telefônica impressa do ano de 2014 e no site click disk, utilizando os termos “salão de beleza” e “manicure”.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A coleta de dados aconteceu de julho a dezembro de 2014, utilizou-se um questionário semi estruturado desenvolvido pelos pesquisadores, composto por 50 itens, submetido à validação de face e conteúdo por sete especialistas na temática.

2.3 Critérios de Inclusão

Foram adotados como critérios de inclusão: inscrição dos serviços na lista telefônica e click disk, que desenvolviam atividades do segmento de beleza definidos no estudo; localização nos bairros da região central da cidade; profissionais com idade igual ou superior a 18 anos e tentativa de até três visitas, para realização da entrevista.

Foi realizada visita em todos os salões, abordado o responsável pelo serviço e após explicar os objetivos da pesquisa, realizada a entrevista com o profissional responsável pelo salão. Apesar dos estabelecimentos apresentarem mais de um profissional trabalhando nas atividades de beleza, optou-se por entrevistar apenas o responsável pelo serviço, por ser um profissional atuante no salão e supervisor das medidas de biossegurança adotadas.

2.4 Procedimentos

As entrevistas foram efetuadas por dois entrevistadores treinados, no próprio local de trabalho, com duração média de 30 minutos. As variáveis de interesse para o estudo foram: sociodemográficas (sexo, idade e renda); conhecimento da doença; relacionadas às atividades do trabalho (tempo de atuação, acidentes com materiais no salão e materiais utilizados); legalidade do salão e medidas de biossegurança (imunização, higienização das mãos, uso de luvas, limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais).

Para a análise, os dados foram inicialmente organizados em planilha do Microsoft Office Excel® 2010, realizada dupla digitação para validar a consistência da digitação. Após, os dados foram exportados para o programa de análise estatística IBM® SPSS®, versão 23.0. Para caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva, como frequência simples.

Para testar a associação entre as variáveis utilizou-se o Teste Fisher ou Qui quadrado, considerou-se um nível de significância igual a 0.05 ($\alpha = 0.05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos - FESP/ MG-Brasil, com parecer Nº 755.915.

3. RESULTADOS

Características dos profissionais e dos salões

Do total de 152 salões de beleza identificados, 126 (82.9%) concentravam-se na região central da cidade; destes, em 25 (19.8%) estabelecimentos os profissionais se recusaram a participar do estudo. A população foi constituída por 101 profissionais, sendo 71 (70.3%) mulheres, com idade média de 40.5 anos, variando entre 20 e 72 anos. O tempo médio de atuação na área foi de 13.6 anos e para 83 (82.2%) dos participantes o salão de beleza era a única fonte de renda.

Dentre as atividades realizadas por estes profissionais nos salões, observou-se 23 (22.8%) eram cabeleireiras, 16 (15.8%) manicures e pedicures, 16 (15.8%) cabeleireiras e manicures/pedicures, 19 (18.8%) cabeleireiras e depiladoras e 27 (26.7%) manicures/pedicures e depiladoras.

Em relação aos acidentes com cortes durante as atividades no salão, 53 (52.5%) referiram ter se cortado, dos quais 25 (47.2%) foram com tesouras, 11 (20.8%) tesouras e alicates, 09 (17.0%) alicates e 04 (7.5%) navalhas e 04 (7.5%) tesouras e navalhas.

Quanto às características dos salões, 91 (90.1%) eram ambientes formais, ou seja, eram licenciados com alvará de funcionamento devidamente expedido pela Vigilância Sanitária Municipal.

O conhecimento acerca das hepatites B e C

Segundo o conhecimento referido acerca das hepatites B e C, 31 (30.7%) mencionaram conhecer as formas de contágio e prevenção, destes, 10 (32.3%) apontaram apenas o contato com sangue contaminado, e 21 (67.7%) o contato com sangue contaminado e relações sexuais desprotegidas como formas de transmissão; para prevenção, 31 (100%) citaram a importância de esterilizar os equipamentos, usar luvas nas atividades do salão, vacinar contra hepatite B e usar preservativo. Os demais 70 (69.3%) não souberam ou não quiseram responder.



Medidas preventivas adotadas

A respeito das medidas de biossegurança, 68 (67.3%) profissionais alegaram ter recebido as três doses da vacina contra a hepatite B e 33 (32.7%) não estavam com o esquema vacinal completo, dos quais 26 (78.9%) receberam a primeira dose da vacina a mais de um ano.

O uso de luvas de látex, não estéreis, durante as atividades no salão, também teve a sua prática questionada, 37 (36.6%) entrevistados mencionaram não usar luvas na realização dos procedimentos e 64 (63.4%) disseram fazer uso, dos quais, 13 (20.3%), faziam uso esporadicamente.

Quando questionados acerca da importância das luvas, 32 (50.0%) disseram usar pela higiene e proteção, os demais 32 (50.0%), não souberam ou não quiseram responder.

Quanto à prática de higienização das mãos, 92 (91.1%) afirmaram realizar tal procedimento antes e após os atendimentos e os demais, apenas na presença de sujidade aparente.

Em relação ao uso dos materiais cortantes, 68 (100%) profissionais usavam alicates em seus salões e seguiam as recomendações para esterilização ou uso individualizado; dentre os profissionais que trabalhavam com tesouras, 50 (60.2%) realizavam a esterilização; e, em relação aos profissionais que utilizavam navalhas, 15 (41.7%) esterilizavam seus materiais após cada atendimento.

O procedimento de limpeza era realizado com água corrente, detergente e escova; na desinfecção, aplicavam álcool a 70.0% ou hipoclorito e na esterilização, utilizavam a estufa ou autoclave. Em relação aos processos de esterilização, percebeu-se diferença de tempo e temperatura para estufa e autoclaves, entre os profissionais. Nas estufas encontrou-se tempo de exposição dos materiais de 15 minutos a 12 horas, e temperaturas de 10°C a 200°C; e nas autoclaves, o tempo de exposição variou de 40 minutos a seis horas, com temperaturas que variavam de 80°C a 250°C.

Sobre o uso de palitos e lixas, verificou-se que 62 (91.2%) dos entrevistados que utilizavam palito de madeira, 63 (92.6%) dos que trabalhavam com lixas para unhas, seguiam a recomendação, individualizando o uso destes materiais nos salões; e segundo o uso de bacias e cubas, 51 (75.0%) que trabalhavam com recipientes para imersão de pés e mãos, prosseguiam com a limpeza, revestiam e desinfetavam as bacias, como esperado. De forma que a limpeza era realizada com água corrente, detergente e escova; e a desinfecção realizada com hipoclorito.

Os fatores relacionados com as medidas preventivas

Em relação ao teste de associação das medidas de biossegurança, como, vacinação dos profissionais contra a hepatite B, uso de luvas de látex e higienização das mãos, percebeu-se que houve diferença estatisticamente significante a relação da variável sexo com o uso de luvas ($p= 0.000$) com 85.9% mulheres mencionando uso de luvas.

A associação da licença de funcionamento dos salões apresentou diferença estatisticamente significante ($p= 0.005$) com a higienização das mãos, com 93.5% dos profissionais que referiram lavar as mãos, serem de salões informais, sem licença expedida pela vigilância sanitária para funcionamento.

Por meio da relação existente entre o tratamento que era dado aos materiais perfuro cortantes utilizados e as características dos profissionais, evidenciou-se diferença estatisticamente significante entre a associação com o tempo de atuação e o tratamento com as navalhas ($p= 0.026$), com destaque para os 40.0% dos entrevistados que esterilizavam as navalhas, os quais possuíam quatro ou mais anos de atividades em salão.

A renda individual dos profissionais também apresentou diferença estatisticamente significante com o cuidado prestado com os alicates ($p= 0.000$), com 51.0% dos profissionais que realizavam a esterilização destes materiais, recebendo renda superior a três salários mínimos mensais.

A variável acidentes com materiais perfuro cortantes foi estatisticamente significante com o cuidado com as navalhas ($p= 0.008$), com 86.7% daqueles que esterilizavam as navalhas, também haviam mencionado ter tido algum ferimento na pele durante as atividades no salão, provenientes de materiais perfuro cortantes.

Quanto ao conhecimento referido pelos profissionais, acerca da transmissão e prevenção das hepatites B e C, observou-se diferença estatisticamente com o cuidado com as tesouras ($p= 0.000$) e navalhas ($p= 0.011$), com 16.0% dos que esterilizavam tesouras e 13.3% dos que esterilizavam navalhas, terem mencionado que conheciam formas de transmissão e prevenção das hepatites.

A associação do uso dos palitos de madeira, lixas e do uso e tratamento dos recipientes de imersão de pés e mãos, apresentou relação estatisticamente significante com o uso e tratamento dos recipientes de imersão de pés com a variável renda ($p= 0.002$), com 44.4% dos profissionais que seguiam adequadamente as orientações do Ministério da Saúde, limpando e revestindo ou



desinfetando, ganhando mais de três salários mínimos.

Em relação ao conhecimento referido acerca da transmissão e prevenção das hepatites, observou-se diferença estatisticamente significativa com o uso e tratamento dos recipientes de imersão de pés e mãos ($p=0.022$) com 40.4% dos profissionais que seguiam adequadamente as orientações de uso destes materiais, referindo conhecimento acerca da doença.

4. DISCUSSÃO

O conhecimento acerca das hepatites B e C apesar de estatisticamente significante com o uso e tratamento de tesouras, navalhas e recipientes de imersão, foi baixo na população abordada. Os 30.7% que mencionaram conhecer formas de contágio e transmissão das hepatites, apresenta-se como uma condição alarmante e já identificada em outros estudos (Oliveira & Focaccia, 2010; Garbaccio & Oliveira, 2013a; Diniz & Matté, 2013), nos quais, poucos participantes apresentavam conhecimento satisfatório das medidas de biossegurança e de formas de contágio e transmissão das hepatites em suas atividades laborais.

No entanto, em outro estudo realizado também no interior de Minas Gerais, do total de participantes, apenas 3.1% nunca tinham ouvido falar em hepatite B, 20.5% desconheciam suas formas de transmissão e 79.5% declararam conhecer as vias de transmissão (Moraes, Barbosa, Costa, & Ferreira, 2012); não sendo a falta de conhecimento acerca das hepatites, uma característica comum dos profissionais de beleza desta região.

Sabe-se que a falta de conhecimento, pode estar ligada diretamente a não adesão de medidas corretas de manuseio, limpeza e esterilização dos materiais utilizados, sendo um risco potencial para transmissão de hepatites durante as atividades no salão de beleza (Moraes, Barbosa, Costa, & Ferreira, 2012; Silva, Silva, Diniz, Felipe, & Nunes, 2014). Contudo, neste estudo, percebeu-se que, mesmo sendo 30.7% os profissionais que referiram conhecer as formas de transmissão e prevenção das hepatites, 84.0% dos que esterilizavam tesouras, 86.7% que esterilizavam navalhas e 59.3% que seguiam adequadamente os cuidados com as bacias e cubas, não apresentavam conhecimento acerca da doença.

Quanto à vacinação dos profissionais contra a hepatite B, identificou-se que 67.3% dos participantes estavam com o esquema completo de vacinas contra a hepatite B, diferentes de outro estudo, em que uma parte considerável dos entrevistados nunca foi vacinada contra a hepatite B (Moraes, Barbosa, Costa, & Ferreira, 2012).

Sabe-se que a vacina contra a hepatite B é uma forma profilática, eficiente, e oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, sendo destinada a pessoas com idade igual ou inferior a 29 anos e a grupos com maior vulnerabilidade de exposição à infecção, como as manicures e pedicures. Contudo, estudos apontam que muitos profissionais desconhecem a importância da vacina (Moraes, Barbosa, Costa, & Ferreira, 2012; Silva, Silva, Diniz, Felipe, & Nunes, 2014), o que pode justificar o número de participantes deste estudo que estão com o esquema incompleto ou que nunca foram vacinados.

Com relação ao uso de luvas de látex para as atividades no salão, observou-se que dos 64 (63.4%) profissionais que faziam uso delas, apenas 13 (20.3%) usavam esporadicamente, sendo alto o emprego deste equipamento de proteção, quando comparado a 87.4% e 50.0% de profissionais de outros estudos, que referiram não utilizar as luvas para os atendimentos do salão (Moraes, Barbosa, Costa, & Ferreira, 2012; Diniz & Matté, 2013), podendo o emprego delas, estar vinculado ao tipo de atividade executada pelo profissional, interferindo ou não na realização da mesma.

A associação da variável sexo e uso de luvas foi estatisticamente significante com 85.9% dos participantes que usavam luvas sendo mulheres e 56.8% dos que não usavam eram homens, o que demonstra a baixa adesão ao equipamento de proteção por homens quando comparado as mulheres, mesmo em contato com sangue, como é apresentado por estudo italiano (Amodio, Di Benedetto, Gennaro, Maida, & Romano, 2009).

Sobre a higiene das mãos, apesar de 91.1% referirem lavar as mãos antes e após os atendimentos, neste estudo não foi possível confirmar ou avaliar a técnica utilizada, diferente de outros estudos, os quais durante o processo de observação conseguiram observar que a adesão a higiene das mãos foi inferior ao que fora referido pelos profissionais (Oliveira & Focaccia, 2010; Silva, Silva, Diniz, Felipe, & Nunes, 2014).

A higienização das mãos apresentou associação estatisticamente significante com a variável licença para funcionamento dos salões, com 93.5% dos profissionais que realizavam higiene das mãos, também trabalhavam em espaços informais, em salões não licenciados, contrapondo com outro estudo nacional no qual os salões não licenciados assemelhavam-se a espaços inadequados para o atendimento, com instalações improvisadas ligadas a precariedade na prestação de serviços, o que aumenta o risco de transmissão de doenças (Diniz & Matté, 2013).

Já em relação aos materiais utilizados em salão de beleza e que podem ter contato com fluidos corpóreos, como alicate, tesoura, gilete, navalha, lixa e palito de madeira, podem ser contaminados através do contato com sangue do indivíduo atendido, através



de pequenos cortes, algumas vezes imperceptíveis. Logo, estes materiais devem obedecer às normas de biossegurança e adotar procedimentos adequados de descarte, limpeza, desinfecção e esterilização, de modo a preservar a saúde do profissional prestador deste serviço e da população que o utiliza (Garbaccio & Oliveira, 2013a; Yoshida, Oliveira, Coelho, Fonseca, & Filipini, 2014; Silva, Diniz, Felipe, & Nunes, 2014).

A recomendação de esterilização ou do uso individualizado para os materiais perfuro cortantes foi seguida por 100% dos profissionais que usavam alicates, 60.2% tesouras e 41.7% navalhas. Nota-se que apesar de ser evidente a preocupação com o uso de alicates, boa parte dos entrevistados que utilizavam tesouras e navalhas, desconheciam a importância da esterilização e o significado de limpeza e de desinfecção destes materiais, pois utilizavam apenas água e detergente ou álcool e hipoclorito, como meios de preparar os materiais, entre os atendimentos do salão. O não cumprimento das normas preconizadas pela vigilância sugere falta de conhecimento dos profissionais deste estudo (Brasil, 2009; Ataei, Shirani, Alavian, & Ataie, 2013; Yoshida, Oliveira, Coelho, Fonseca, & Filipini, 2014; Sobrinho et al., 2014).

Com relação aos processos de esterilização, percebeu-se que apesar dos profissionais utilizarem da esterilização por estufa ou autoclave, o tempo e temperaturas utilizados eram diversos, o que se assemelha a outros estudos em que o tempo e temperatura indicados para estufas ou autoclaves foi muito diferente do preconizado (Garbaccio & Oliveira, 2013a; Diniz & Matté, 2013).

Os profissionais entrevistados tinham muitos anos de experiência em salões de beleza, média de 13.6 anos, semelhante a outros estudos (Diniz & Matté, 2013; Garbaccio & Oliveira, 2015), contudo, esta característica não garante o cumprimento de boas práticas de biossegurança, uma vez que apenas o uso e manuseio de navalhas esteve associado ao tempo de atuação.

Apesar da renda dos profissionais estar diretamente ligada a possibilidade de compra de materiais e equipamentos de biossegurança, como luvas, materiais para higiene das mãos e equipamentos de esterilização; observou-se que neste estudo, a renda apresentou relação estatisticamente significativa ($p < 0.005$) apenas com o uso e tratamento dos alicates e bacias/cubas, com 51.0% e 44.4%, respectivamente, de profissionais que seguiam adequadamente as condições de preparo destes materiais, recebendo mais de três salários mínimos por mês.

Quanto aos 52.5% de profissionais que apresentaram ferimentos no uso de equipamentos cortantes, observou-se que o manuseio de tesouras e alicates, expõe os clientes e profissionais a riscos de transmissão e aquisição de patógenos, através das lesões provocadas na pele, abrasões, descamações e perfurações, configurando-se como importante porta de entrada para microrganismos (Garbaccio & Oliveira, 2015).

Apesar dos participantes terem referido acidentes com tesouras, alicates e navalhas, a presença de acidentes foi estatisticamente significante apenas com o uso de navalhas, de forma que os acidentes com os materiais cortantes configuraram um risco presente nas atividades dos profissionais de beleza, sendo também descritos em estudos realizados no Rio de Janeiro (58.0%) (Benedito, Faria, Thomé, Souza, & Oliveira, 2013), Goiás (9.3%) (Sobrinho et al., 2014) e em Minas Gerais (38.1%) (Garbaccio & Oliveira, 2013b).

Verificou-se, nesta pesquisa, que mais de 90.0% dos profissionais que utilizavam palitos de madeira e lixas, faziam o descarte após o uso, diferente de outros estudos, em que lixas, palitos e sacos plásticos utilizados como proteção para pias e lavatórios eram reutilizados nos atendimentos (Oliveira & Focaccia, 2010; Diniz & Matté, 2013), embora recomendado descarte pela vigilância sanitária.

O compartilhamento de palitos de madeira e lixas em salões, referido por 8.8% dos profissionais, deve ser uma ação condenada por ser uma fonte de transmissão em potencial para hepatites e outras doenças (Oliveira & Focaccia, 2010; Melo & Isolani, 2011), sendo recomendadas medidas educativas preventivas que norteiem as atividades nos salões, como o uso da proteção individual, cuidados na manipulação dos equipamentos, higienização das mãos e a esterilização dos equipamentos (Yoshida, Oliveira, Coelho, Fonseca, & Filipini, 2014).

Sobre a higienização de bacias e cubas, 75.0% dos profissionais entrevistados que utilizavam estes equipamentos, afirmaram higienizá-las, protegê-las com plásticos descartáveis ou desinfetá-las após uso no salão, diferente de manicures de outros estudos que reutilizavam os revestimentos das bacias ou procediam com a limpeza ou revestimentos das mesmas (Oliveira & Focaccia, 2010; Garbaccio & Oliveira, 2012; Moraes, Barbosa, Costa, & Ferreira, 2012; Diniz & Matté, 2013).

CONCLUSÕES

Os resultados revelam que os profissionais participantes, mesmo referindo muitos anos de atuação e afirmando conhecer a doença e as formas de contágio, apresentam fragilidades no emprego das medidas preventivas à aquisição e transmissão dos vírus das hepatites B e C em suas atividades.

Dentre as medidas preventivas adotadas, identificou-se imunização contra hepatite B, uso de luvas de proteção, lavagem de mãos antes e após cada procedimento, e o emprego de procedimentos de descarte, limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais.

Tais medidas, apesar de reconhecidas como importantes no processo de interrupção dos microrganismos, não eram realizadas por todos os profissionais; de modo que o não cumprimento das medidas de biossegurança, como a inadequação nos processos de limpeza e desinfecção dos artigos utilizados e a falta de padronização do tempo e temperatura nos processos de esterilização apontam a necessidade de medidas educativas para os profissionais de salões de beleza.

Os resultados e as conclusões apresentadas neste estudo, assim como a importância epidemiológica dos profissionais de beleza como disseminadores de doenças infecciosas, nos permite destacar a importância de estudos desta natureza, assim como o desenvolvimento de programas educacionais que envolvam profissionais e usuários de salões de beleza na conscientização e conhecimento dos riscos embutidos nos procedimentos realizados e na necessidade do individualizado dos materiais.

Como limitação, ressalta-se que a adesão às medidas de biossegurança foi referida, e não sendo possível observá-las durante a realização dos procedimentos, ainda, mesmo tendo sido identificado o conhecimento dos profissionais, não foi questionado o processo de formação profissional dos participantes, assim sugere-se que em estudos futuros haja períodos de observação das atividades práticas desenvolvidas além da investigação do processo de formação dos profissionais de beleza.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Fontes de financiamento: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Campus Passos-MG, Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amadio, E., Di Benedetto, M. A., Gennaro, L., Maida, C. M., & Romano, N. (2009). Knowledge, attitudes and risk of HIV, HBV and HCV infections in hairdressers of Palermo city, South Italy. *European Journal of Public Health*, 20(4), 433-437. doi:10.1093/eurpub/ckp178

Ataei, B., Shirani, K., Alavian, S.M., & Ataei, M. (2013). Evaluation of knowledge and practice of hairdressers in women's beauty salons in Isfahan about hepatitis B, hepatitis C, and AIDS in 2010 and 2011. *Hepatitis Monthly*, 13(3), e6215. doi: 10.5812/hepatmon.6215

Benedito, M. G., Faria, P. P., Thomé, M. P. M., Souza, A. D., & Oliveira, C. G. A. (2013). Levantamento da contaminação pelo vírus da hepatite B com materiais perfurocortantes em manicures do município de Itaperuna, Rio de Janeiro. *Acta Biomedica Brasiliensis*, 4(1), 74-84.

Brasil, Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo. (2012b). Manual de orientação para instalação e funcionamento de institutos de beleza sem responsabilidade médica. Acedido em <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Manual%20est%C3%A9tica%20revisado-11set13.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012a). *Boletim epidemiológico: Hepatites virais* (Vol. 3, nº 1). Acedido em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/boletim_epidemiol_gico_hepatites_virais_2012_ve_12026.pdf

Brasil, Prefeitura do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses do Rio de Janeiro (2016). *Institutos de beleza e estética: Orientações para institutos de beleza e estética ficarem dentro das normas legais*. Acedido em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/vigilanciasanitaria/saloes-de-beleza>.

Brasil, Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. (2009). *Beleza com segurança: Guia técnico para profissionais*. Acedido em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Guia_Final_1_1254748059.pdf

Diniz, A. F., & Matté, G. R. (2013). Procedimentos de biossegurança adotados por profissionais de serviços de embelezamento. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 751-759. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/09.pdf>.

Garbaccio, J. L., & Oliveira, A. C. (2012). Biossegurança e risco ocupacional entre os profissionais do segmento de beleza e estética: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(3), 702-11.



Garbaccio, J. L., & Oliveira, A. C. (2013b). Acidentes com exposição a material biológico, cobertura vacinal e condutas após acidentes entre manicures pedicures. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 7(6), 4421-4429. doi: 10.5205/reuol.4164-33013-1-SM.0706201314

Garbaccio, J. L., & Oliveira, A. C. (2015). Adesão e conhecimento sobre o uso de equipamentos de proteção individual entre manicures e pedicures. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 52-59. doi: 10.1590/0034-7167.2015680108p

Garbaccio, J. L., & Oliveira, A. C. O. (2013a). Risco oculto no segmento de estética e beleza: Uma avaliação do conhecimento dos profissionais e das práticas de biossegurança nos salões de beleza. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4), 989-998. doi: 10.1590/S0104-07072013000400015

Melo, F. C. A., & Isolani, A. P. (2011). Hepatite B e C: Do risco de contaminação por materiais de manicure pedicure à prevenção. *SaBios: Revista de Saúde e Biologia*, 6(2), 72-78.

Moraes, J. T., Barbosa, F. I., Costa, T. R. S., & Ferreira, A. F. (2012). Hepatite B: Conhecimento dos riscos e adoção de medidas de biossegurança por manicures pedicures de Itaúna-MG. *Revista de Enfermagem do Centro Oesta Mineiro*, 2(3), 347-357. Acedido em <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/225/349>

Oliveira, A. C. D. S., & Focaccia, R. (2010). Survey of hepatitis B and C infection control: Procedures at manicure and pedicure facilities in São Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 14(5), 502-507. doi: 10.1590/S1413-86702010000500013.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevención y control de las hepatitis virales: Marco para la acción mundial. Acedido em <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/Framework/es/>

Silva, L. M. S., Silva, D. C., Diniz, J. S., Felipe, I. M. A., & Nunes, S. P. H. (2014). Prevenção da transmissão de hepatites virais entre manicures e pedicures: Uma revisão. *Infarma: Ciências Farmacêuticas*, 26(2), 82-9.

Sobrinho, H. M. R., Gomes, C. M., Ferreira, B. D., Cunha, F. N. C., Moraes, M. L. S.; Lima, R. A. C. O., ... Ferreira, L. L. P. (2014). Avaliação do conhecimento e práticas de biossegurança em uma amostra de profissionais da beleza de Goiânia-Goiás. *Journal of the Health Sciences Institute*, 32(4), 343-52.

Yoshida, C. H., Oliveira, R. A., Coelho, P. G., Fonseca, F. L., & Filipini, R. (2014). Processo de esterilização de instrumentais em estabelecimentos comerciais com serviços de manicures e pedicures. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(1), 18-22. doi: 10.1590/1982-0194201400005

Millenium, 2(ed espec nº1), 277-284.

EVENTOS ADVERSOS COM MEDICAÇÃO: A CULPABILIDADE IMPRESSA PELA MÍDIA

ADVERSE EVENTS WITH MEDICATION: THE CULPABILITY PRINTED BY MEDIA

EVENTOS ADVERSOS CON LA MEDICACIÓN: LA CULPABILIDAD IMPRESO POR MEDIA

Elaine Forte^{1,2}

*Denise Pires*¹

*Maria Manuela Martins*²

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal



RESUMO

Introdução: Os eventos adversos com medicação divulgados na mídia deixam a população insegura com relação ao atendimento em saúde e enfermagem. O objetivo deste estudo foi analisar a culpabilidade impressa pela mídia referente aos eventos adversos com medicação decorrentes da assistência de enfermagem no Brasil.

Métodos: Estudo documental e qualitativo, realizado com notícias em jornais. A análise dos dados foi conduzida pela hermenêutica dialética de Ricoeur e pela fundamentação teórica de Habermas, utilizando recursos do software Atlas.ti para armazenamento e codificação dos dados.

Resultados: Das 56 notícias analisadas que tratam de erros na administração de medicamentos, predominou as decorrentes da semelhança de embalagens e rótulos que induziram ao erro, conhecidos por LASA (Look-Alike, Sound-Alike). Estudos evidenciam que as semelhanças relativas à rotulagem tem um forte potencial para erro. As notícias apresentaram ainda, os erros de medicação como ilícito penal, ao produzirem reportagens de cunho apelativo indicando serem erros grosseiros que devem ser punidos como crime do tipo culposo, ou seja, sem a intenção de produzir dano.

Conclusões: A mídia brasileira retrata informações superficiais sem a devida contextualização, sendo que a segurança do paciente envolve muitos outros mecanismos de erros que necessitam de análise minuciosa. A forma como é noticiado contribui para levar o leitor a acreditar que os profissionais de enfermagem precisam ser penalizados por cometerem crimes.

Palavras-Chave: Erros de medicação; Segurança do paciente; Notícias

ABSTRACT

Introduction: Adverse events with medication reported in the media leave the insecure population in relation to the care in health and nursing. The aim of this study was to analyze the printed guilt by the media regarding the adverse events with medication resulting from nursing care in Brazil.

Methods: documental and qualitative study conducted with news in newspapers. Data analysis was conducted by the dialectic hermeneutics Ricoeur and the theoretical foundation of Habermas using Atlas.ti software features for storage and data encryption.

Results: Of the 56 analyzed news dealing with errors in medication administration, predominated those resulting from similarity of packaging and labels that led to the error, known as LASA (Look-Alike, Sound-Alike). Studies show that the similarities labeling has strong potential for error. The news had also medication errors as a criminal offense, to produce appealing nature of reports indicating that they are gross errors should be punished as a crime of culpable type, that is, without the intention to inflict harm.

Conclusions: The brazilian media portrays superficial information without proper context, and patient safety involves many other error mechanisms that need scrutiny. The way it is reported contributes to lead the reader to believe that nursing professionals need to be penalized for committing crimes.

Keywords: Medication Errors; Patient Safety; News

RESUMEN

Introducción: Los eventos adversos reportados con la medicación en los medios salen de la población con inseguridad en relación con el cuidado de la salud y de enfermería. El objetivo de este estudio fue analizar la culpabilidad impreso por los medios de comunicación con respecto a los eventos adversos con medicamentos de la atención de enfermería en Brasil.

Métodos: estudio documental y cualitativo realizado con noticias en los periódicos. Los datos se analizaron mediante la hermenéutica dialéctica Ricoeur y el fundamento teórico de Habermas usando funciones de ATLAS.ti para el almacenamiento y el cifrado de datos.

Resultados: De las 56 noticias analizadas, predominaron las que resultan de la similitud de los envases y etiquetas que condujo al error, conocido como LASA (Imitador, Sound-Igual). Los estudios muestran que el etiquetado similitudes tiene un fuerte potencial para el error. La noticia tuvo también errores de medicación como delito, para producir la naturaleza atractiva de los informes que indican que son grandes errores debe ser castigado como un delito de tipo culposo, es decir, sin la intención de infligir daño.

Conclusiones: Los medios brasileños de comunicación retrata información superficial y sin contexto adecuado, y la seguridad del paciente implica muchos otros mecanismos de error que necesitan escrutinio. La forma en que se informó contribuye a llevar al lector a creer que los profesionales de enfermería deben ser penalizado por la comisión de delitos.

Palabras clave: Los errores de medicación; Seguridad del Paciente; Noticias



INTRODUÇÃO

A utilização de medicamentos é um dos recursos terapêuticos mais empregados na assistência em saúde. No entanto, há elevada frequência de eventos adversos relacionados ao uso da terapêutica medicamentosa, em média, um por dia em pacientes hospitalizados. Concebe-se por erro de medicação a utilização inadequada de medicamentos, geralmente passível de prevenção, e pode estar relacionado a fatores como: omissão dos profissionais, erros de dose e horário, técnica de administração e troca de vias (Keers, 2013; Aranaz-Andrés et al, 2011; Mansour, James & Edgley, 2012; Fassarella, Bueno & Souza, 2013). O desfecho desse tipo de evento pode resultar no aumento do tempo de internação hospitalar e em agravamento do quadro de saúde, assim como gerar incapacidades a curto e longo prazo ou óbito de pacientes (Brasil, 2013; Wulff et al, 2011).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As graves consequências dos erros de medicação têm sido estampadas nos meios de comunicação, e passam insegurança à população que necessita de cuidados de saúde e enfermagem. A comunicação, especialmente, a mídia, exerce um papel importante na democratização das informações, seja por meio da mídia televisiva, impressa ou eletrônica, pois influencia as transformações culturais dos indivíduos ao longo do tempo, podendo modificar o pensamento e a sensibilidade (Terra, 2010). No entanto, os meios de comunicação visam, cada vez mais, persuadir o leitor, e para isso usam e abusam da linguagem e da retórica, com a finalidade de transformar comentários em fatos.

A mídia está intimamente ligada à educação à construção da cultura ensinando formas de viver e de se relacionar. “A cultura da mídia nos acolhe, nos conforta e nos capta para a construção do nosso modo de ver... na produção de subjetividades e identidades sociais” (Abreu, Almeida & Rocha, 2012, p. 24). Nesse sentido, a mídia parece ser vista como verdade única ao autenticar fatos expostos em suas notícias, e, nesse contexto, há um espaço para distorções e interpretações equivocadas do conteúdo noticiado.

A fim de compreender esse fenômeno, Maia, Gerhardt & Burille (2013) ao analisar 23 reportagens sobre as emergências públicas do sul do Brasil na mídia impressa, concluiu que 17 reportagens induziam a interpretações negativas dos serviços de saúde, assim como a associação feita entre o título da reportagem e a imagem ilustrada pode induzir o leitor a acreditar que será a próxima vítima do sistema. Para Habermas (2012, p. 199) “na cultura de massa, os conteúdos de valores foram deflacionados, assumindo a forma de componentes estereotipados e manipuláveis”.

Com base no exposto, este estudo tem por objetivo analisar a culpabilidade atribuída aos profissionais de enfermagem pela mídia jornalística nas notícias que tratam de eventos adversos com medicação.

2. MÉTODOS

Estudo qualitativo, documental, exploratório e descritivo, conduzido por meio da hermenêutica dialética, com o propósito de analisar nas notícias que retratam os erros de enfermagem, a culpabilidade atribuída aos profissionais envolvidos nesses eventos. Esse tipo de análise permite entender o texto como consequência de um processo social (trabalho e dominação) e de conhecimento (explícito na linguagem) cada um com significado específico, mas ambos derivados de muitas determinações. Desta forma, o texto mostra uma realidade e a esconde, ao mesmo tempo (Minayo, 2014).

A coleta de dados se deu por meio de estudo documental, em exemplares de jornais de grande circulação no Brasil, entre os anos de 2012 a 2016. Foram consideradas todas as notícias relacionadas a erros de medicação que envolve os profissionais de enfermagem, publicadas no período escolhido, assim como respostas ou comentários realizados por outros jornalistas, ombudsman ou editoriais, pessoas ou instituições envolvidas no fato, e por entidades e organizações profissionais de enfermagem dos dois países.

A articulação da hermenêutica com a dialética permite a análise do conteúdo manifesto e do que está oculto nas notícias acerca dos erros de enfermagem, através dos núcleos de sentido apreendidos. Para esta análise, seguiram-se os passos sugeridos por Paul Ricoeur (1990; 1995) sendo eles: a leitura inicial do texto, a leitura crítica e a apropriação. A organização e a codificação dos dados foi realizada com o auxílio de um software para análise de dados qualitativos, o Atlas.ti (Qualitative Research and Solutions).

O processo de análise iniciou com os procedimentos de leitura - leitura inicial e exaustiva das notícias, para identificar os significados, revelando unidades de análise principais -; Identificação dos possíveis sentidos – atribuição de sentido às unidades de análise -; por fim, a sensibilidade manifesta: última etapa da análise na qual o sentido do texto emerge e torna mais claro os significados, estabelecendo uma nova rede de significados, e mostrando as principais categorias analíticas.

No que diz respeito aos aspectos éticos, não há envolvimento direto com pessoas, pois as notícias consultadas são consideradas de

domínio público. Entretanto, os profissionais de enfermagem, bem como os jornais não são identificados, e o conteúdo dos textos não foi alterado. Os textos analisados foram identificados por códigos compostos pela letra J, seguido da letra inicial do país, as letras que identificam a região e um número de ordem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas 56 notícias relacionadas aos erros de enfermagem que tratam de eventos adversos com medicamentos. Predominou o erro relacionado à troca de substâncias, com 27 notícias, 23 notícias em que houve troca de vias envolvendo nutrição (alimentação que deveria ser administrada via sonda acabou por ser administrada por via endovenosa), 2 notícias envolvendo troca de vias com medicamentos (medicação oral administrada na via venosa), a técnica errada apareceu em 3 notícias (injeção na artéria no lugar da veia), e uma notícia tratava de dose errada de medicação (adrenalina injetada em dose muito superior à recomendada).

A maior parte dos casos foi noticiada nos anos de 2012 e 2013, e o desfecho dos casos de erros culminou predominantemente no óbito do paciente com 44 notícias (78%), os demais desfechos se referem ao internamento hospitalar prolongado por sequelas graves, como: queimaduras, amputação e realização de cirurgias, que em sua maioria eram idosos e crianças.

Da análise realizada, formularam-se as seguintes categorias:

3.1 Causas prováveis do erro relacionadas à semelhança do rótulo/embalagem/design

As notícias analisadas levantam aspectos relacionados à semelhança do rótulo e/ou da embalagem dos medicamentos e outras substâncias utilizadas na assistência, e destaca ainda questões acerca do armazenamento errado de medicamentos.

JBMG6: "Normalmente [medicamentos distintos] ficam em locais distantes e, por uma fatalidade, esse frasco, neste dia, estava em uma mesma bancada", alegou o diretor técnico.

JBMG2: ... o produto, sem identificação, ficava em uma gaveta, acondicionada em bolsas plásticas de soro reutilizadas, também sem identificação, o que induziu a auxiliar [de enfermagem] ao erro.

JBPE3: ... estranhou a embalagem do medicamento... A princípio, imaginou um defeito de fábrica e sem atentar que se tratava de uma medicação diferente da prescrita.

JBRJ3: A profissional diz que não percebeu a diferença dos cateteres e injetou café com leite na veia de uma idosa de 80 anos.

Os eventos adversos com medicamentos devem ser vistos como possíveis falhas no sistema de medicação, e assim sendo proporcionam a revisão de todo o processo de medicação, conforme enfatizado no artigo do Programme Prescrire: *Éviter l'évitable. Tirer parti des erreurs pour mieux soigner*, que traduzido para o português "Evitar o evitável. Tirar partido dos erros para melhor cuidar" sinaliza que a revisão do processo seria a melhor forma de tratar dos erros humanos na assistência em saúde (Wannmacher, 2005; Programme Prescrire, 2005).

Uma das causas comuns relacionadas ao erro de medicação é a similitude das embalagens e de nomes dos medicamentos, o que pode induzir os profissionais de saúde e enfermagem a erros. Essas semelhanças que, consequentemente, levam a troca de substâncias poderiam ser evitadas por meio de mudanças advindas da indústria farmacêutica. Entretanto, não houve ainda sensibilização suficiente para que as mudanças ocorram de forma efetiva.

Lopes et al. (2012) ao analisar embalagens e rótulos de medicamentos, perceberam que quase metade dos medicamentos analisados eram "possivelmente semelhantes" e se tratavam de soluções parenterais de pequeno volume, as variáveis "rótulo" ou "embalagem da mesma cor" apresentaram percentuais de semelhança muito próximos de 50%. Outros aspectos como as características do material e os dados do rótulo ou embalagem das ampolas, respondem a uma semelhança de 34%, e destacam que a principal causa de erros com medicamentos em situações com risco extremo ocorre na administração de medicamentos injetáveis.

Teixeira & Cassiani (2014) ao analisar a causa raiz de erros de medicação em um hospital, evidenciaram um total de 83 fatores causais, com maior destaque para os fatores relacionados à gestão do serviço, que pode estar intimamente relacionada com problemas decorrentes do armazenamento, falta de estrutura, falta de material e métodos de aquisição de medicamentos.

Princípios e diretrizes adotadas para a segurança do paciente, em especial na pediatria, são destacados reiteradamente, e dentre estes se destacam: a exigência das indústrias farmacêuticas que os medicamentos não tenham nomes ou sons parecidos, a padronização e armazenamento adequado de medicamentos, assim como os medicamentos devem possuir rotulagem clara e



precisa (Harada et al, 2012).

Os medicamentos conhecidos por LASA (Look-Alike, Sound-Alike) são denominados assim pela semelhança do nome ortográfico e/ou fonético, os quais podem causar equívocos e trocas indesejadas. Nesse contexto, o governo de Portugal, através da Direção-Geral da Saúde e Departamento da Qualidade na Saúde, publicou a norma n. 20/2014 com vistas a tornar de conhecimento dos profissionais de saúde a lista de medicamentos LASA existentes no país, assim como desenvolver estratégias de armazenamento e diferenciação desses medicamentos (Direção-Geral da Saúde Portugal, 2014).

Assim como as semelhanças encontradas nos medicamentos, há que se considerarem as semelhanças encontradas nos dispositivos terapêuticos como sondas enterais e cateteres. Nos casos relatados em que houve a administração de nutrição na veia do paciente, a alegação que predomina entre os profissionais de enfermagem é a semelhança dos cateteres e sondas. Uma das principais causas dessa semelhança é o design desses dispositivos, muito embora estes sejam utilizados em diferentes vias e funções, o que aumenta o risco de administração equivocada (Word Health Organization, 2007; Silva et al, 2013) .

A preocupação em torno dessas semelhanças impulsionou iniciativas em todo o mundo com a finalidade de reduzir os erros de conexão. A International Organization for Standardization (ISO) e a Food and Drug Administration (FDA), tem desenvolvido sondas e conectores de cateteres mais seguros, especialmente com a alteração do design, tornando-os incompatíveis entre si nas suas diferentes funções.

Todavia, as causas dos erros noticiados estejam fortemente vinculadas aos fatores já descritos, as notícias vincularam os erros de medicação apenas ao ilícito penal, ao detalharem informações acerca da tipicidade penal e presunções de pena para os casos reportados, como demonstram as categorias a seguir.

3.2 Indicação de pena e tipicidade penal como foco da notícia

Do total de notícias analisado, 46 (82%) indicaram a penalidade para os profissionais de enfermagem e a tipicidade penal enquadrada para o caso. As penas indicadas variaram de 6 meses a 5 anos de reclusão. A tipicidade penal foi relatada como homicídio culposo e lesão corporal culposa.

JBPR3: a pena para as estagiárias pode chegar a três anos de reclusão, e para as técnicas de enfermagem, a quatro anos de reclusão.

JPMI3: ... é punível com até três anos de prisão, mas se a negligência for grosseira a pena pode ir até aos cinco anos.

JBBA1: Sete pessoas, entre elas diretores do hospital, respondem também por homicídio culposo, quando não há intenção de matar, pela morte de três pacientes na 1^a Vara Criminal de Campinas.

Ao analisar detalhadamente os textos produzidos pela mídia, especialmente, no que concerne às datas dos eventos e as datas das notícias correlatas, constatou-se também, que algumas das notícias produziram a indicação de pena, assim como induziram a tipicidade penal, antes de qualquer posicionamento da justiça a respeito dos episódios relatados.

JBSP4: Enfermeira que injetou café na veia de idosa pode ser indiciada por homicídio culposo.

Toda investigação de homicídio inicia, obrigatoriamente, por um inquérito policial, para posteriormente, o relatório da polícia ser encaminhado à justiça para que sigam os ritos devidos do processo penal e, por fim, a pena advinda da sentença final. Entretanto, entre a data do episódio de erro de medicação e a data de veiculação da notícia, passaram-se apenas dois dias, sendo, portanto, impossível a atuação da justiça no caso com pronunciamentos relacionados com o suposto crime.

As notícias, de forma geral, procuram retratar o novo, o diferente, pois as anormalidades estampadas nas primeiras páginas tendem a atrair mais a atenção dos leitores. A notícia é entendida como mercadoria e para sua comercialização, serve-se de diversos mecanismos de persuasão como a estética, o impulsionar das emoções e sensações de quem as lê (Eco, 1981; Forte, Pires & Martins, 2016). Nesse sentido, o jornalismo, usualmente, faz parte de um conjunto de conglomerados econômicos ou fortes grupos políticos que pretendem dar objetividade às opiniões, que na verdade, são subjetivas (Marcondes Filho, 1986).

Sob essa vertente, as informações noticiadas inclinam a induzir os leitores ao entendimento dos fatos como um crime, como quaisquer outros crimes, intencionais ou não. Assim, juízos acerca da conduta dos profissionais são antecipados, estimulando pensamentos negativos em relação aos cuidados de saúde.



3.3 Relação causa do erro e culpabilidade atribuída

Esta categoria diz respeito à causa do erro noticiada e a culpabilidade atribuída pela imprensa, dentro do mesmo texto. Esse momento se configurou num movimento dialético onde a realidade se mostrou e se escondeu na comunicação. Mostrou-se através das causas dos eventos adversos com medicação estarem relacionadas com semelhanças de rótulos, embalagens e design de medicamentos e produtos de uso terapêutico, e se escondeu ao enfatizar a culpa dos profissionais diante do episódio. Para tanto, a hermenêutica serviu para revelar os significados para além dos conteúdos manifestos das notícias (Ricoeur, 1995).

Essa maior ênfase para a culpa foi identificada nos textos por meio dos títulos das reportagens e pelos destaques das notícias (negrito nos textos), os quais foram atribuídos especialmente à indicação de pena e ao tipo penal a que estariam os profissionais supostamente expostos.

JBPE12: ENFERMEIRA E TÉCNICA RESPONSÁVEIS POR MORTE DE CRIANÇA NO PIAUÍ

Profissionais teriam trocado medicamento, que resultou na morte de criança.

Remédio aplicado é o mesmo usado na execução da pena de morte nos EUA. Uma enfermeira e uma técnica de enfermagem serão indiciadas por homicídio culposo.

JBSP17: TÉCNICA DE ENFERMAGEM É PRESA APÓS ERRO DE MEDICAÇÃO E MORTE DE IDOSO

Uma técnica de enfermagem de 31 anos foi presa na madrugada desta segunda (11) após errar a aplicação de um medicamento em um paciente de 87 anos. O erro teria causado a morte do idoso, que estava internado há dez dias com pneumonia. A profissional vai responder por homicídio culposo, quando não há a intenção de matar.

A mesma ênfase não foi identificada em relação às possíveis causas do erro, pois quando a informação se refere à semelhança de embalagens, rótulos e design, esta não tem destaque algum, geralmente, está no meio das frases e diante de comentários realizados pelos profissionais e/ou peritos que investigaram o caso.

JBMG2: Segundo apuração da Polícia Civil, o produto que causou a morte, o perfluorocarbono, era usado na clínica sem o conhecimento das autoridades, em ressonâncias de próstata, sem contato com o organismo, para melhorar a qualidades das imagens. Ele era inserido no reto por balão ou coloca em bolsas plásticas sobre a barriga. A substância, porém, não pode entrar em contato com o sangue. No dia 28 de janeiro de 2013, a substância foi confundida com soro fisiológico por uma auxiliar de enfermagem que estava em experiência há 10 dias na clínica e acabou injetada na veia das vítimas.

Sob essa mesma lógica, Maia, Gerhardt & Burille (2013) mostram que essa análise título, texto e imagem noticiados, possuem aspectos importantes no sentido de que um pode sobressair ao outro, no sentido de que uma imagem e um título negativos, embora com informações positivas, até mesmo, neutras no texto, sugerem ao leitor uma interpretação negativa, tendo em vista que a notícia pode não ser lida na íntegra. A atração pelo título e pela imagem da reportagem é muito comum, e alguns leitores podem chegar a conclusões precipitadamente.

CONCLUSÕES

Os eventos adversos com medicação ocorrem ainda com muita frequência no Brasil, e o que estimula sua popularização nos veículos midiáticos é a gravidade do desfecho desse tipo de evento. Quando há óbito de pacientes decorrente de erros de medicação, há a divulgação em massa através dos diferentes tipos de mídia. Eventos adversos desse gênero ocorrem em todo o mundo e são analisados sobre várias vertentes, a fim de criar barreiras eficazes para minimizar e impedir erros dessa natureza. Os mecanismos utilizados para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados passam por todos os profissionais de saúde e diversas fontes responsáveis pelos tratamentos de saúde.

Rótulos, embalagens e designs de medicamentos e equipamentos de saúde constituem uma das temáticas de interesse das organizações que tratam da segurança do paciente. Nessa discussão estão envolvidos, além dos profissionais de saúde, indústrias farmacêuticas, organizações governamentais e instituições responsáveis pela qualidade e acreditação de hospitais e serviços de saúde. Deste modo, a temática levantada neste estudo constitui um complexo processo de mudanças e perspectivas que vão muito além do conteúdo noticiado em jornais e outros tipos de meios de comunicação em massa.

A comunicação por meio dos jornais constitui-se numa fonte responsável pela formulação de opinião da sociedade e, como tal, tem uma importante função nesse processo: tratar da verdade dos fatos e mostrar toda a problemática que envolve um episódio com erros de medicação. Não se trata apenas de um erro comum, nem ao menos de um crime como qualquer outro, trata-se de uma falha dentro de um processo complexo que exige atenção de todos os envolvidos.

Isto posto, ao retratar informações de forma superficial, a mídia pode persuadir o leitor a crer que os profissionais de enfermagem

cometeram crimes e que precisam ser penalizados, isto tudo sem a devida contextualização necessária, pois a segurança do paciente envolve muitos outros mecanismos de erros que necessitam de análise minuciosa. A problemática descrita nesse estudo deve ser mais e melhor estudada, por motivos que requerem atenção especial: as pessoas de todo o mundo, independente de quaisquer características, dependem de cuidados de saúde em algum momento da vida, e precisam de segurança e assistência de qualidade; e a mídia pode se configurar num aliado para mudanças positivas com relação à segurança do paciente, ao expor questões que são negligenciadas ou até mesmo ocultas, dando visibilidade aos problemas desconhecidos da população em geral.

Conclui-se que, nesse contexto analisado os profissionais não são vilões ou criminosos em potencial, mas sim, vítimas de um sistema, juntamente com os pacientes, pois também sofrerão as sequelas de um momento que jamais gostariam de ter vivido.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses

AGRADECIMENTOS

Este estudo é financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, B., Almeida, T., & Rocha, C. (Orgs.). (2012) *Mídia impressa: Para além do bem e do mal*. Jundiaí: Paco Editorial.

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2013). *Assistência segura: Uma reflexão teórica aplicada à prática*. Brasília: Anvisa.

Aranaz-Andrés, J. M. R., Aibar-Remón, C., Limón-Ramírez, R., Amarilla, A., Restrepo, F.R., Urroz, O.... Larizgoitia, I. (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the Iberoamerican study of adverse events, IBEAS. *BMJ Quality & Safety*, 20(12). doi 10.1136/bmjqqs.2011.051284

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2014). Norma nº 020/2014 de 30/12/2014: *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014.aspx>

Eco, U. (1981). *Lector in fabula: La cooperación interpretativa en el texto narrativo*. Barcelona: Lumen.

Éviter l'évitable: Tirer parti des erreurs pour mieux soigner. (2005). *Prescrire*, 25(Suppl. 267), 881-945. Acedido em <http://www.prescrire.org/cahiers/dossierEviterEdito.php>

Fassarella, C.S., Bueno, A.A.B., & Souza, E.C.C. (2013) Segurança do paciente no ambiente hospitalar: Os avanços na prevenção de eventos adversos no sistema de medicação. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 7(1), 1-8. Acedido em <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcc/article/viewFile/1897/907>

Forte, E.C.N., Pires, D.E.P., & Martins, M.M.F.P.S. (2016). Mexendo na ferida: Os erros de enfermagem nos média brasileiros e portugueses. *Pensar Enfermagem*, 20(1), 52-62. Acedido em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo4_52_62.pdf

Habermas, J. (2012). *Teoria do agir comunicativo (1): Racionalidade da ação e racionalidade social*. São Paulo: WMF Martins Fontes.

Harada, M.J.C.S., Chanes, D.C., Kusahara, D.M., & Pedreira, M.L.G. (2012). Segurança na administração de medicamentos em pediatria. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 639-642. doi 10.1590/S0103-21002012000400025

Keers, R.N., Williams, S.D., Cooke, J., & Ashcroft, D.M. (2013). Causes of medication administration errors in hospitals: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Drug Safety*, 36(11), 1045-1067. doi 10.1007/s40264-013-0090-2

Lopes, D.M.A., Néri, E.D.R., Madeira, L.S., Souza Neto, P.J., Lélis, A.R.A., Souza, T.R., ... Fontelles, M.M.F. (2012). Análise da rotulagem de medicamentos semelhantes: Potenciais erros de medicação. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(1), 95-103. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a21.pdf>

Maia, L.P., Gerhardt, T.E., & Burille, A. (2013). *A influência da mídia impressa no imaginário coletivo sobre os serviços de saúde: O exemplo das emergências públicas de Porto Alegre* (Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Acedido em <http://hdl.handle.net/10183/77162>

Mansour, M., James, V., & Edgley, A. (2012). Investigating the safety of medication administration in adult critical care settings. *Nursing in Critical Care*, 17(4), 189-197. doi 10.1111/j.1478-5153.2012.00500.x

Marcondes Filho, C. (1986). *O capital da notícia: Jornalismo como produção social da segunda natureza*. São Paulo: Ática.

Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Ricouer, P. (1990). *Interpretação e ideologias* (4. ed). Rio de Janeiro: F. Alves.

Ricouer, P. (1995). *Teoria da interpretação*. Porto: Porto Editora.

Silva, A.E.B.C., Laselva, C.R., Carrara, D., Perini, E., Pinto, G.R.S., Sousa, A.R.G., ... Paranaguá, T.T.B. (2013). Erros de conexão: Práticas seguras e riscos na administração de soluções por sondas enterais e cateteres vasculares. *Boletim ISMP*, 2(3), 1-4. Acedido em <http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2015/07/V2N3.pdf>

Teixeira, T.C.A., & Cassiani, S.H.B. (2014). Análise de causa raiz de acidentes por quedas e erros de medicação em hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(2), 100-107. doi 10.1590/1982-0194201400019

Terra, C.F. (2010). *Usuário-mídia: A relação entre a comunicação organizacional e o conteúdo gerado pelo internauta nas mídias sociais* (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Wannmacher, L. (2005). *Erros: Evitar o evitável*. Brasília: MS/OPAS.

World Health Organization. (2007). *Avoiding catheter and tubing mis-connections*. Acedido em <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution7.pdf>

Wulff, K., Cummings, G.G., Marck, P., & Yurtseven, O. (2011). Medication administration technologies and patient safety: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2080-2095. doi 10.1111/j.1365-2648.2011.05676.x

Millenium, 2(ed espec nº1), 287-299.

ESTUDO PSICOMÉTRICO DA ESCALA DE COMPETÊNCIAS DE COMUNICAÇÃO CLINICA (ECCC)

PSYCHOMETRIC STUDY OF CLINICAL COMMUNICATION SKILLS SCALE (CCSS)

ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE LA ESCALA DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CLÍNICA (EHCC)

Manuela Ferreira

Daniel Silva

João Duarte

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: A validação de uma escala que permita avaliar as competências clínicas dos enfermeiros é de importância capital para o planeamento de ações promotoras de competências comunicacionais. A qualidade das interações que acontecem entre o enfermeiro e o utente/família influenciam a sua satisfação e segurança sentidas com os cuidados recebidos.

Objetivo: Descrever o processo de validação para a população portuguesa da Escala de Competências de Comunicação Clínica construída com base no Kalamazoo Consensus Statement Makoul (2001);Duffy et al.(2004), traduzida para português por Leite (2013).

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, descritiva-analítico e correlacional com amostra não probabilística de 275 enfermeiros de instituições de saúde da região centro de Portugal.

Resultados: Efectuada análise fatorial de componentes principais, seguida de rotação varimax e gráfico scree plots. A Escala evidenciou 5 fatores: O Fator 1 –“Envolver paciente no plano terapêutico” explica 17.07% da variância. O Fator 2 – “Facilitar o diálogo” explica 15.11% da variância total. O Fator 3 – “Compreender as preocupações” explica 12.36% da variância total O Fator 4 – “Comunicar assertivamente” explica 9.90% da variância total.O Fator 5 – “Realizar a entrevista” explica 9.87% da variância total . A comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1, superior ao valor de referência (0.40) (Maroco 2014).

Conclusões: as propriedades psicométricas da ECCC certificam a sua qualidade, enquanto ferramenta a utilizar nas atividades de promoção das competências comunicacionais. O Alfa de Cronbach para a globalidade da escala foi de $\alpha=0.958$.

Palavras-chaves: Enfermeiro; Comunicação clínica; Competência

ABSTRACT

Introduction: The validation of a scale in order to assess the clinical skills of nurses is of main importance for the promotion of communication techniques. The quality of the interactions that take place between the nurse and the patient / family influence their satisfaction and the security they feel about the received care.

Objective: To describe the validation process for the Portuguese population of the Clinical Communication Skills Scale based on the Kalamazoo Consensus Statement Makoul (2001);Duffy et al.(2004), translated into Portuguese by Leite (2013).

Methods: A quantitative, descriptive-analytical and correlational study with a non-probabilistic sample of 275 nurses working in health institutions of the central region of Portugal.

Results: A factorial analysis of the principal components was done followed by varimax rotation and scree plots graphic. The scale showed five factors: Factor 1 - “Involving patients in the therapeutic plan” explains 17.07% of the variance. Factor 2 - “facilitate dialogue” explains 15.11% of the total variance. Factor 3 - “Understanding the concerns,” explains 12.36% of the total variance, Factor 4 - “Communicate assertively” explains 9.90% of total variance. Factor 5 - “Conduct the interview” explains 9.87% of the total variance. The initial communality is for all the items equal to 1, above the reference value (0.40) (Maroco 2014).

Conclusions: The psychometric properties of the CCSS certify its quality as a tool to be used in activities promoting communication skills. The Cronbach's alpha for the whole scale was $\alpha = 0.958$.

Keywords: Nurse; Clinical Communication; Skills

RESUMEN

Introducción: La validación de una escala para la evaluación de las habilidades clínicas de las enfermeras es de suma importancia para la planificación de las acciones de promoción de las habilidades de comunicación. La calidad de las interacciones que tienen lugar entre la enfermera y el usuario / familia influyen en su satisfacción y seguridad se sentía con la atención recibida.

Objetivo: Describir el proceso de validación de la población portuguesa da Escala de Habilidades de Comunicación clínicas, construidos en base a Kalamazoo Consensus Statement, Makoul (2001); Duffy et al (2004), traducido al portugués por Leite (2013).**Métodos:** estudio cuantitativo, descriptivo-analítico y correlacional con una muestra no probabilística de 275 enfermeras en las instituciones de salud en la región central de Portugal.

Resultados: Se realizó un análisis factorial de componentes principales seguido de rotación varimax y gráficos gree plots. La escala mostró cinco factores: Factor 1 - “La participación de los pacientes en el plan terapéutico”, explica el 17,07% de la varianza. Factor 2 - “facilitar el diálogo” explica 15.11% de la varianza total. Factor 3 - “La comprensión de las preocupaciones”, explica 12: 36% de la varianza total Factor 4 - “Comunicación assertiva”, explica el 9.90% de factor de varianza total. FactorO 5 - “Levar a cabo la entrevista”, explica el 9,87% de la varianza total. La comunalidad inicial es para todos los elementos iguales a 1, encima del valor de referencia 0.40 (Maroco 2014).

Conclusiones: Las propiedades psicométricas de la ECCC certifican su calidad como una herramienta para ser utilizada en la promoción de las actividades de habilidades de comunicación. El alfa de Cronbach para la escala entera fue $\alpha = 0,958$.

Palabras Clave: Enfermero; Comunicación Clínica; Habilidades

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo que permite ao enfermeiro, ajudar o utente e suas famílias na superação da experiência da doença e no sofrimento e ajudá-los a encontrar o significado da mesma experiência. Nessa perspectiva o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos e as suas habilidades comunicacionais, para ajudar na satisfação das necessidades básicas e a superar ou conviver com a situação de doença. Para Stefanelli (2005) o objetivo da comunicação terapêutica não está na solução dos problemas do cliente, mas no fornecimento de elementos para que este se desenvolva de forma a enfrentar os problemas. O autor salienta que enfermeiro e utente, crescem como resultado da aprendizagem ocorrida na relação. As atitudes relacionais e as habilidades de comunicação do enfermeiro têm que ser positivas, no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor da cascata de emoções negativas vivenciadas perante o confronto com a doença. A utilização de uma comunicação terapêutica permite ao enfermeiro planear, implementar e a avaliar os cuidados de enfermagem, numa relação de parceria com o utente e exige do enfermeiro competências comunicacionais, quer seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as suas necessidades básicas (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010; Patrício, 2012).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A comunicação assume-se, pois como um instrumento fundamental na prestação de cuidados de enfermagem. Não é possível falar de qualidade em saúde sem se considerar a qualidade da interação e da comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes aos quais se prestam cuidados. Como afirmam Cadah (2000) e Hesbeen (2005), o estabelecimento da relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma e incontestável do cuidar em enfermagem, desempenha um papel importantíssimo na resposta às necessidades individuais de cada utente, contribuindo de forma positiva para uma prestação de cuidados mais eficazes e mais humanizados. Baseia -se nos saberes e técnicas e é manifestada por comportamentos e atitudes do profissional de enfermagem (Ferreira, Tavares e Duarte 2006).

Deste modo, o enfermeiro deve promover uma comunicação o mais eficaz possível, num contexto de relação aberta e de lealdade, seguindo algumas diretrizes que orientam a sua conduta que, como defende Phaneuf (2005, p. 25), possibilite "manter a confiança na pessoa e na sua honestidade, no seu desejo e na sua capacidade de ajudar; manifestar-lhe o seu respeito pelo que ela é, pelos seus recursos e pelo que ela sofre; conservar a confidencialidade; criar com a pessoa cuidada, uma aliança terapêutica onde os objetivos a perseguir são partilhados e testemunham confiança recíproca; manter-se aberto a percepções, expectativas, necessidades, reticências e medos da pessoa cuidada". Da mesma forma que procuramos conhecimentos e competências para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem para os cuidados físicos, também devemos adquirir habilidades relativamente aos comportamentos e competências ligados às funções de contacto (como o toque, o olhar, as distâncias, as posições físicas, o tempo, a escuta e os meios de comunicação), pois fazem parte da comunicação não-verbal e têm igual ou superior importância relativamente à comunicação verbal, daí o desenvolvimento destas competências serem fundamentais no exercício da Enfermagem (Ferreira, Tavares & Duarte, 2006). A aprendizagem destas competências é um processo evolutivo desenvolvido em cinco estádios: principiante, iniciante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). As habilidades comunicacionais são mais evidentes em cada nível e só podem ser conseguidos pela experiência em situações de trabalho prático (Andrade, 2014).

Neste estudo tivemos como objectivo preceder à validação para a população portuguesa da Escala de Competências de Comunicação Clínica utilizando para isso uma amostra de enfermeiros com vários níveis de experiência clínica. A validação de uma escala que permita avaliar as competências clínicas dos enfermeiros é de importância capital para o planeamento de ações promotoras de competências comunicacionais.

2. MÉTODOS

Desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa e descritivo numa amostra de enfermeiros de instituições de saúde da região centro de Portugal, com finalidade produzir conhecimento sobre instrumento capaz de avaliar as competências clínicas de comunicação clínica

2.1 Amostra

Amostra não probabilística por conveniência constituída por 275 enfermeiros de instituições de saúde da região centro de Portugal, com uma idade mínima de 24 anos e uma máxima de 57 anos, (média= 36.2 anos \pm 7.5 anos). O sexo masculino, representa 24.4% da totalidade da amostra possui uma idade média de 35.2 anos \pm 7.7 anos e o sexo feminino, com uma representatividade de 75.6%, a idade média é de 36.5 anos \pm 7.4 anos). A grande maioria dos participantes (93.1%), possui a categoria profissional de enfermeiro e apenas 6.9% dos participantes são enfermeiros em funções de chefia/coordenação. A Escala de Competências de

Comunicação Clínica é um instrumento de auto-preenchimento, constituída por 30 itens que procura avaliar as competências clínicas de comunicação

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A Escala de Competências de Comunicação Clínica é um instrumento de auto-preenchimento, constituída por 30 itens que procura avaliar as competências clínicas de comunicação. Esta escala foi construída com base o Kalamazoo Consensus Statement (Makoul, 2001; Duffy et al. (2004). Foi traduzida para português, e utilizada em Portugal por Leite (2013) obedecendo aos critérios referenciados para as traduções de instrumentos de medida.

Foi solicitado aos participantes para responderem a cada item numa escala de 5 pontos, entre “nada verdadeiro” (1) e “muito verdadeiro” (5) de modo que valores elevados reflectam, melhores competências de comunicação clínica

2.4 Procedimentos

Respeitaram-se as normas éticas e foi salvaguardado o direito e a liberdade dos participantes, bem como. anonimato e confidencialidade. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e a recolha de dados foi previamente autorizada.

O tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 (2013) para Windows. Como referencial para os valores de significância estatística foi considerado $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

Para verificar a estrutura da ECCC, foi realizada uma análise factorial exploratória, pelo Método dos Componentes Principais e com rotação Varimax. Optou-se pelo Método dos Componentes Principais por ser o método que apresentou melhor interpretação dos resultados após tentativas com outros métodos disponíveis e após comparação com os dados resultantes da análise com a rotação oblíqua (Direct Oblimin). O critério para delimitação do número de componentes a reter na escala foi definido com base no valor do eigenvalue superior a 1.0, na análise gráfica do Scree Test e na presença de pelo menos três itens por subescala com cargas fatoriais acima de 0.40 (Marôco, 2014). A fidedignidade ou confiabilidade do ECCC e dos seus componentes foi avaliada através da consistência interna dos itens e do coeficiente de Split-Half ou método das metades, que consiste numa forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade através da determinação do coeficiente alfa de Cronbach.

Os valores do coeficiente de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 sendo tanto melhor quanto mais elevados. Uma boa consistência interna deve ser superior a um alfa de 0.80 (Marôco, 2014). A confiabilidade é uma condição necessária, todavia não suficiente para garantir a validade do instrumento (Marôco, 2014)

Foi utilizado como critério mínimo para retenção dos itens o valor de 0,20 de correlação item-total (Likert, 1932). Para a realização das análises estatísticas foi utilizado o programa estatístico SPSS-PC, versão 23.

Analise factorial exploratória

Os resultados apresentados da Tabela 1 mostram as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o global da escala. Verificamos que os coeficientes de correlação item total corrigido variam entre 0.566 e 0.781 sendo que o valor correlacional mais baixo foi obtido no item 6 “Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações” e o mais elevado no item 12 “Compreender os pacientes e perspetiva sobre a doença e problemas”.

Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, se encontram bem centrados, situando-se todos acima do índice médio esperado.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala ($\alpha=0,958$), mas revelando concordância entre ambas as metades, dado que para a primeira o valor de alfa é de $\alpha=0.919$ e para a segunda de $\alpha=0.930$ podendo classificar-se de muito bons.



Tabela 1 - Consistência interna dos itens da Escala de Competências de comunicação Clínica

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente	4,49	0,641	0,641	0,957
2	Encorajar uma parceria com o paciente	4,52	0,521	0,574	0,957
3	Aceitar a participação ativa do paciente na tomada de decisões	4,53	0,548	0,652	0,957
4	Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica	4,17	0,830	0,562	0,958
5	Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio	4,56	0,532	0,588	0,957
6	Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações	4,66	0,529	0,556	0,958
7	Estabelecer ou manter a relação clínica	4,61	0,544	0,619	0,957
8	Recolher a informação necessária sobre o paciente	4,63	0,511	0,619	0,957
9	Colocar adequadamente questões abertas e fechadas	4,44	0,591	0,592	0,957
10	Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente	4,47	0,581	0,740	0,956
11	Realizar escuta ativa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)	4,62	0,573	0,605	0,957
12	Compreender os pacientes e perspetiva sobre a doença e problemas	4,48	0,606	0,781	0,956
13	Explorar fatores contextuais da vida do paciente (por exemplo, família, cultura, género, idade, perspetiva da doença, nível sócio- económico, espiritualidade)	4,26	0,639	0,636	0,957
14	Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença	4,33	0,602	0,676	0,957
15	Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente e responder-lhes	4,43	0,620	0,667	0,957
16	Partilhar informação com o paciente	4,39	0,585	0,599	0,957
17	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente	4,69	0,469	0,566	0,958
18	Verificar se o paciente entendeu o que eu queria dizer	4,68	0,473	0,614	0,957
19	Incentivar as perguntas por parte do paciente	4,48	0,606	0,755	0,956
20	Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos	4,39	0,627	0,775	0,956
21	Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje	4,49	0,549	0,665	0,957
22	Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos	4,44	0,597	0,711	0,956
23	Identificar e ativar recursos e apoio para o paciente	4,41	0,599	0,680	0,957
24	Fechar uma entrevista clínica ou uma consulta	4,22	0,725	0,624	0,957
25	Perguntar ao paciente se tem mais preocupações/queixas	4,61	0,501	0,747	0,956
26	Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos	4,45	0,662	0,743	0,956
27	Discutir e marcar o seguimento	4,42	0,654	0,709	0,956
28	Dar más notícias	3,86	0,917	0,608	0,958
29	Lidar com reclamações feitas por doentes	4,08	0,773	0,707	0,956
30	Saber comunicar com o paciente (tive formação e treino suficiente)	4,07	0,905	0,640	0,957
Coeficiente alpha Cronbach global		0,958			

As análises iniciais revelaram que os dados obtidos no presente estudo atendiam aos pressupostos para se proceder a análises fatoriais: a amostra com 275 participantes continha a razão de 9,16 pessoas por item (variável), o KMO foi elevado (0,944) e o Teste de Esferacidade de Bartlett's foi significativo ($p=0.000$), com o objetivo de conhecermos as dimensões subjacentes a esta escala, realizámos com os 30 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax.

A solução factorial final possibilitou a seleção de 5 fatores com raízes latentes superiores a 1 que no seu conjunto após rotação explicam 64.33% da variância total

O Fator 1 designado como “Envolver o utente no plano terapêutico” explica 17.07% da variância total e ficou constituído pelos itens 21,22, 23,27,28,29 e 30.

O Fator 2 – comporta os itens 3,5,6,7,8,10,19 e 26, explica 15.11% da variância total e foi chamado de “Facilitar o diálogo”

O Fator 3 – Compreender as preocupações explica 12.36% da variância total e no seu constructo entram os itens 2, 12, 13, 14, 15 e 20.

O Fator 4 – Comunicar de forma assertiva explica 9.90% da variância total, agregando os itens 11, 17 e 18.

O Fator 5 – Realizar a entrevista explica 9.87% da variância total e é composto pelos itens 1, 4, 9, 16 e 24.

Determinou-se ainda a proporção da variância de cada variável explicada pelos factores. A communalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extração classificamo-la de boa já que em todos os itens é superior ao valor de referência (0.40) (Maroco 2014).

Tabela 2 – Ordenações dos itens por fator e pesos fatoriais

	Itens	Fatores				
		1	2	3	4	5
28	Dar más notícias		,716			,609
29	Lidar com reclamações feitas por doentes		,693			,662
22	Verificar a vontade e a capacidade do paciente para cumprir os planos terapêuticos		,646			,660
23	Identificar e ativar recursos e apoio para o paciente		,631			,606
30	Saber comunicar com o paciente (tive formação e treino suficiente)		,584			,603
25	Perguntar ao paciente se tem mais preocupações/queixas		,583			,678
27	Discutir e marcar o seguimento		,579			,605
21	Incentivar a participação do paciente na decisão na medida em que este o deseje		,516			,611
6	Estimular o paciente a falar sobre as suas preocupações		,735			,635
7	Estabelecer ou manter a relação clínica		,695			,713
8	Recolher a informação necessária sobre o paciente		,692			,623
3	Aceitar a participação ativa do paciente na tomada de decisões		,665			,636
5	Permitir ao paciente que complete o seu raciocínio		,634			,566
26	Resumir e chegar a acordo com o paciente sobre os planos terapêuticos		,484			,635
19	Incentivar as perguntas por parte do paciente		,469			,633
10	Integrar, clarificar e estruturar as informações fornecidas pelo paciente		,463			,616
14	Explorar crenças, preocupações e expectativas sobre saúde e doença			,742		,735
13	Explorar fatores contextuais da vida do paciente (por exemplo, família, cultura, género, idade, perspetiva da doença, nível sócio- económico, espiritualidade)			,714		,695
15	Considerar as ideias sentimentos e valores do paciente e responder-lhes			,611		,637
2	Encorajar uma parceria com o paciente			,538		,573
12	Compreender os pacientes e perspetiva sobre a doença e problemas			,510		,723
20	Negociar um acordo com o paciente relativamente aos problemas e aos planos			,498		,728
18	Verificar se o paciente entendeu o que eu queria dizer			,748		,730
17	Utilizar uma linguagem acessível ao paciente			,736		,706

11	Realizar escuta ativa, usando técnicas não-verbais (e.g., contacto visual, posição do corpo) e verbais (e.g., palavras de incentivo)	,630	,611
4	Abrir uma discussão no quadro de uma entrevista clínica	,722	,663
1	Estabelecer uma relação (rapport) com o paciente	,592	,635
16	Partilhar informação com o paciente	,584	,577
24	Fechar uma entrevista clínica ou uma consulta	,538	,633
9	Colocar adequadamente questões abertas e fechadas	,536	,561

Fatores	Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Fator 1 – Envolver o utente	5.122	17.072	17.072
Fator 2 – Facilitar a o diálogo	4.534	15.114	32.186
Fator 3 – Compreender as preocupações	3.710	12.366	44.551
Fator 4- Comunicar assertivamente	2.973	9.909	54.461
Fator 5 – Realizar entrevista	2.961	9.870	64.331

Análise factorial confirmatória

Por forma a objetivar os resultados da análise factorial exploratória, submeteu-se a solução pentafatorial a uma análise factorial confirmatória (AFC), com recurso ao software AMOS 23 (Analysis of Moment Structures). Com este procedimento pretendeu-se confirmar se as variáveis latentes (fatores) são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas (itens) específicas (Marôco, 2014). Considerou-se a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (Maximum-Likelihood Estimation) para estimação dos parâmetros.

Na análise dos dados utilizaram-se os seguintes procedimentos estatísticos: (i) distribuição dos itens avaliada pela assimetria (Sk) e achatamento (Ku) assumindo-se como valores de referência de assimetria ≤ 3 e de achatamento ≤ 7 respetivamente. (ii) Validade do constructo avaliada pelas validades fatorial, convergente e validade discriminante.

Na validade fatorial (Marôco, 2014) usaram-se como Indicadores de qualidade de ajustamento global a razão entre o quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf) que avalia a existência de discrepâncias entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo. Se a razão (χ^2/gf) for inferior a 2, o ajustamento considera-se bom, inferior a 5 aceitável e superior a 5 inaceitável; o Comparative Fit Index (CFI) índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo e GFI (Goodness of Fit Index) índice de qualidade de ajuste. Para se considerar um ajustamento bom são recomendados valores de CFI e do GFI acima de 0.90; o RMSEA, (Root Mean Square Error of Approximation). Valores inferiores a 0.06 são reveladores de um bom ajustamento, enquanto um ajustamento aceitável é indicado para um valor entre 0.08 e 0.10; o RMR (Root mean square residual) quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR= 0 a indicar um ajustamento perfeito; SRMR (Standardized root mean square residual), traduz-se como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0.08 é considerado adequado.

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada através da validade compósita obtida através da fidelidade individual dos itens (λ), é indicativo como valor de referência um peso fatorial superior a 0.50; da Fidélidade individual dos indicadores (δ), com coeficientes iguais ou superiores a 0.25; e da Fidelidade compósita (FC) estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Indicam como boa consistência interna valores acima de 0.70 (Maroco, 2014).

A validade convergente foi avaliada pela variância extraída média (VEM) que permite verificar o modo como os itens pertencentes a um fator, saturam nesse fator, sendo que valores superiores a 0.50 são indicativos de boa validade convergente (Maroco, 2014).

A validade discriminante é considerada quando o valor de VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.

Analisa-se a normalidade através da assimetria e Kurtose, verificou-se que todos os itens apresentam índices de enviesamento a oscilar em valores absolutos entre 0.326 e 1.592 e achatamento entre 0.020 e 3.308, não sugestivos de violação severa da normalidade. Os rácios críticos das trajetórias entre as variáveis manifestas e latentes são estatisticamente significativas levando à manutenção de todos os itens, o que também é sustentado pelos pesos fatoriais (λ) se mostrarem superiores a 0.50.

Tabela 3 - Trajetórias e rácios críticos entre variáveis manifestas e latentes e pesos fatoriais

	Trajetórias		C.R.	P	λ
CCC21	<---	F1			,696
CCC22	<---	F1	12,092	***	,778
CCC23	<---	F1	11,404	***	,734
CCC25	<---	F1	12,037	***	,778
CCC27	<---	F1	11,694	***	,756
CCC28	<---	F1	10,460	***	,675
CCC29	<---	F1	11,728	***	,757
CCC30	<---	F1	10,558	***	,678
CCC3	<---	F2			,708
CCC5	<---	F2	10,323	***	,645
CCC6	<---	F2	10,412	***	,656
CCC7	<---	F2	10,964	***	,692
CCC8	<---	F2	10,961	***	,689
CCC10	<---	F2	12,257	***	,777
CCC19	<---	F2	12,422	***	,793
CCC26	<---	F2	12,299	***	,780
CCC2	<---	F3			,590
CCC12	<---	F3	10,263	***	,822
CCC13	<---	F3	9,395	***	,711
CCC14	<---	F3	9,801	***	,764
CCC15	<---	F3	9,557	***	,733
CCC20	<---	F3	10,246	***	,812
CCC11	<---	F4			,697
CCC17	<---	F4	10,576	***	,767
CCC18	<---	F4	10,998	***	,818
CCC1	<---	F5			,706
CCC4	<---	F5	10,171	***	,667
CCC9	<---	F5	9,992	***	,666
CCC16	<---	F5	10,224	***	,689
CCC24	<---	F5	10,405	***	,707

A figura que se segue regista as saturações dos itens e a fiabilidade individual que são considerados adequados para o estudo confirmatório, mas os índices de ajustamento global nesta primeira versão mostravam um ajuste pouco satisfatório em relação ao CFI= 0.850 GFI= 0.786 e satisfatórios relativamente ao $\chi^2/g.l. = 2.860$; RMSEA = 0,082; RMR= 0.022 e SRMR = 0.056.

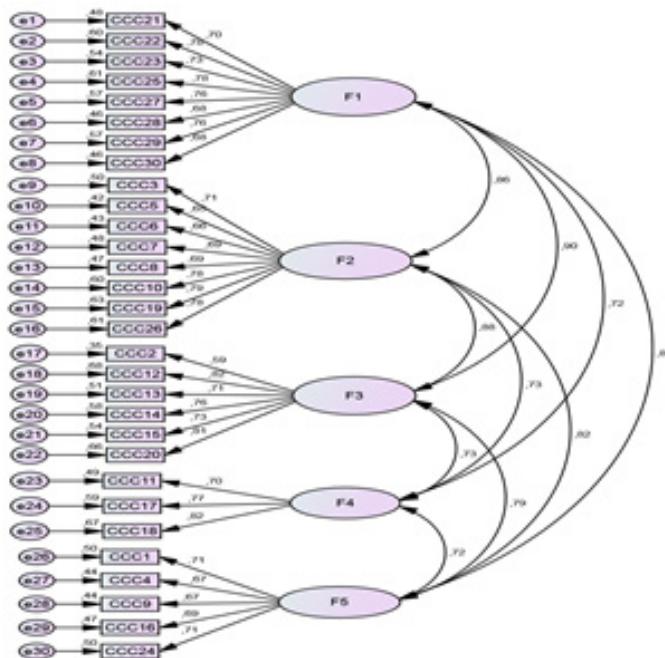


Figura 1 – Modelo inicial com os itens por fator e pesos fatoriais

Procedeu-se ao refinamento do modelo através dos índices de modificação propostos pelo programa AMOS tendo-se correlacionado alguns erros. No fator 1 o erro 2 correlaciona-se simultaneamente com os erros 3 e 4 e o erro 6 com o 7. No fator 2 há a correlação entre os erros 11 e 12 e no fator 3 entre os erros 19 e 20.

Face à multicolinearidade que possa advir da associação do erro 2 decidiu-se pela eliminação do item 22. Registou-se uma ligeira melhoria nos índices de qualidade de ajustamento global, mantendo-se o GFI (0.815) e CFI (0.887) abaixo dos valores de referência. Todos os pesos de regressão são superiores a 0.50 e estaticamente significativos ($p < 0,001$) o que demonstra a relevância do fator para predizer os itens. A Fiabilidade individual dos indicadores (δ), apresentam coeficientes a oscilarem entre 0.35 no item ccc2 e 0.68 no item ccc12.

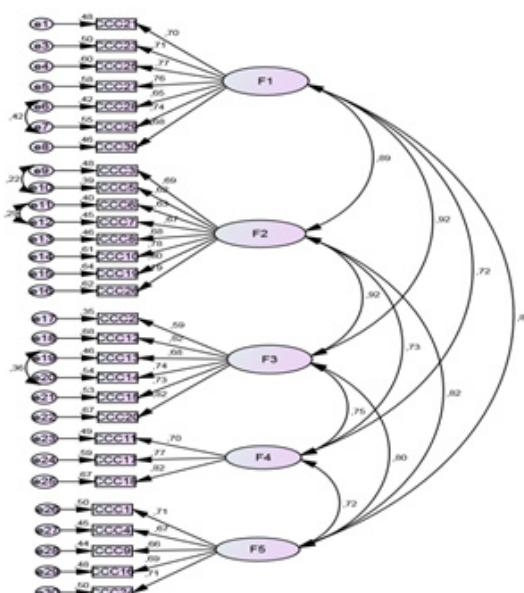


Figura 2 – Modelo com item eliminado e índices de modificação

Dado que as correlações obtidas entre os fatores sugerem a existência de um fator de 2^a ordem, propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2^a ordem. A Figura 3 ilustra o modelo obtido verificam-se que o fator 5 é o que apresenta menor variabilidade (75%) com o fator global e o fator global e o fator 3 o de maior variabilidade com 92%.

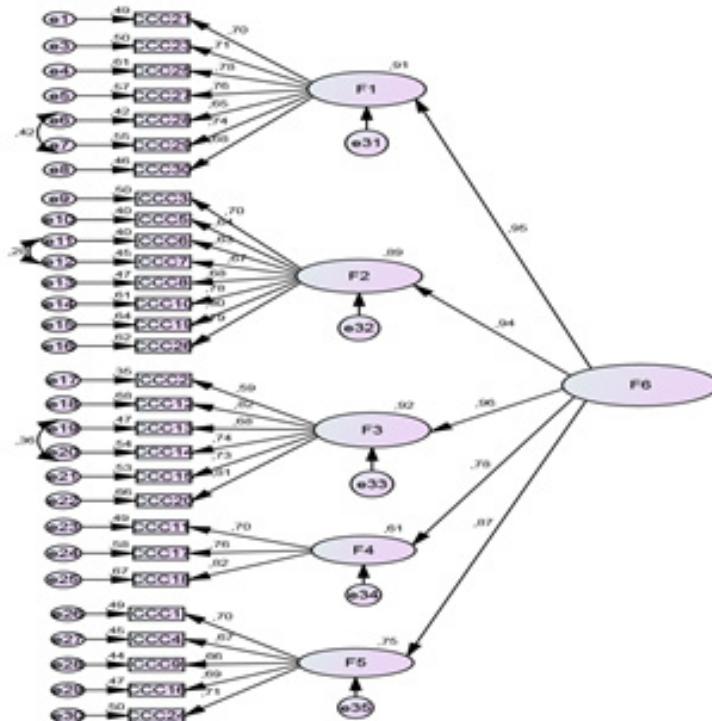


Figura 3 - Modelo final global – Fator 2^a ordem

Neste modelo, os valores de qualidade de ajustamento continuam bons para o $\chi^2/df=2.538$ RMSEA=0.075; RMR= 0.021; SRMR= 0.053 e satisfatórios para CFI=0.884 e GFI=0.809 o que demonstra a elevada validade factorial da escala de competências de comunicação clínica para enfermeiros. A Tabela 4 sintetiza os índices de ajustamento global obtidos nos diferentes momentos do estudo.

Tabela 4 - Índices de qualidade do ajustamento de todos os modelos

Modelo	χ^2/gl	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	2.860	0.786	0.858	0.082	0.022	0.0562
Modelo com índices de modificação	2.559	0.808	0.883	0.075	0.020	0.0528
Modelo com itens eliminados	2.523	0.815	0.887	0.075	0.020	0.0531
Modelo final 2 ^a ordem	2.538	0.809	0.884	0.075	0.021	0.0538

No que respeita à fiabilidade compósita (FC) os resultados apontam para índices adequadas em todos os fatores pois situam-se acima de 0.70. A variância extraída média (VEM) regista um valor abaixo de 0.50 no fator 5. A validade discriminante (VD) apenas se encontra patente entre o fator 4 (comunicação assertiva) e fator 5 (realizar entrevista)



Tabela 5 – Fiabilidade compósita, Variância extraída Média e validade discriminante

Fatores	FC	VE M	Validade discriminante									
			1 vs2	1 vs3	1vs4	1vs5	2vs3	2vs4	2vs5	3vs4	3vs5	4vs5
Envolver o cliente (1)	0.880	0.513	0.792	0.846	0.518	0.705						
Facilitar diálogo (2)	0.890	0.506					0.846	0.532	0.672			
Compreender preocupações (3)	0.873	0.537								0.562	0.640	
Comunicação assertiva (4)	0.805	0.580										0.518
Realizar entrevista (5)	0.817	0.472										

Conclui-se o estudo desta escala fazendo alusão à matriz de correlação de Pearson estabelecida com os fatores da escala. Verifica-se que as correlações são positivas e significativas sendo o fator 5 vs facto 4 o que revela menor variabilidade (34.1%) e o de maior variabilidade regista-se entre o fator 3 vs fator 1 com 62,2% de percentagem e variância explicada. Com o fator global o coeficientes de determinação com as diferentes subescalas explicam acima de 50.0%.

Tabela 6 - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da Escala de Competências de Comunicação Clínica

Subescalas	Fator 1 – Envolver o paciente	Fator 2 – Facilitar o diálogo	Fator 3 – Compreender as preocupações	Fator 4 – Comunicar assertivamente	Fator 5 – Realizar a entrevista
Fator 2 – Facilitar o diálogo	0,729**	--			
Fator 3 – Compreender as preocupações	0,779**	0,763**	--		
Fator 4 – Comunicar assertivamente	0,588**	0,643**	0,618**	--	
Fator 5 – Realizar a entrevista	0,688**	0,697**	0,668**	0,584**	--
Total dos fatores	0,906**	0,902**	0,897**	0,737**	0,839**

** p<0.001

4. DISCUSSÃO

As competências comunicacionais nos cuidados em enfermagem são entendidas como a competência diferenciadora de um cuidado de excelência (Alves, 2011). A escala foi baseado em pesquisas sobre comunicação clínica e no Kalamazoo Consensus Statement, utilizada em Portugal por Leite (2013) tendo sido efectuada validação da mesma. Os dados que analisamos respeitam ao que nos foi relatado pelos próprios (percepção dos profissionais) e não da observação directa do exercício das competências o que pode originar alguns vieses nos resultados. A recolha de informação não assentou num processo de amostragem aleatório não garantindo assim a representatividade da população em estudo. A escala também não avalia parâmetros referentes à comunicação não verbal, porém, apesar destas limitações, pode afirmar-se que as suas características de validade a caracterizam como um instrumento pertinente para avaliar as competências clínicas de comunicação dos profissionais de enfermagem nos cuidados de saúde.

A escala apresenta um coeficiente alpha de Cronbach global de 0.958. A amostra com 275 participantes continha a razão de 9,16 pessoas por item (variável), o KMO foi elevado (0,944) e o Teste de Esferacidade de Bartlett's foi significativo (p=0.000). com o objetivo de conhecermos as dimensões subjacentes a esta escala, realizámos com os 30 itens uma análise fatorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax. (Maroco 2014)

A solução fatorial final (após análise factorial exploratória e confirmatória) possibilitou a seleção de 5 fatores com raízes latentes superiores a 1 que no seu conjunto após rotação explicam 64.33% da variância total .

O Fator 1 designado como “Envolver o utente no plano terapêutico” explica 17.07% da variância total e ficou constituído pelos itens 21, 23,27,28,29 e 30 (Após a análise factorial confirmatória foi eliminado o item 22). O Fator 2 Constituído pelos itens

3,5,6,7,8,10,19 e 26, explica 15.11% da variância total e foi chamado de “Facilitar o diálogo”. O Fator 3 – Compreender as preocupações explica 12.36% da variância total e no seu constructo entram os itens 2, 12, 13, 14, 15 e 20. O Fator 4 – Comunicar de forma assertiva explica 9.90% da variância total, agregando os itens 11, 17 e 18. O Fator 5 – Realizar a entrevista explica 9.87% da variância total e é composto pelos itens 1, 4, 9, 16 e 24.

Os resultados apontam para elevada validade factorial da escala de competências de comunicação clínica para enfermeiros e índices adequadas de fiabilidade composta (FC) em todos os fatores pois situam-se acima de 0.70, indicativos portanto de boa validade convergente (Maroco 2014).

Os cuidados de Enfermagem disponibilizados à pessoa em situação de ajuda, são desenvolvidos fundamentalmente pela relação interpessoal, o que exige ao enfermeiro competências complexas, centradas nos princípios humanistas e de relação de ajuda (aceitação, autenticidade, empatia, respeito caloroso, congruência, escuta) (Lopes, Azeredo & Rodrigues, 2012).

CONCLUSÕES

Conclui-se que a qualidade dos cuidados será predominantemente marcada pelo saber relacional de quem cuida, ou seja, o enfermeiro. As características psicométricas da Escala de Competências de Comunicação Clínica (ECCC) permitem-nos afirmar que é um instrumento robusto e certificam a sua qualidade, enquanto ferramenta a utilizar na identificação do níveis de competências comunicacionais do enfermeiro na sua prática clínica, nomeadamente no envolvimento com o utilizador dos cuidados no plano terapêutico, facilitando o diálogo compreendendo as suas preocupações, comunicando de forma assertiva e realizando a entrevista clínica de forma eficaz.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

FCT, Portugal, CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, S. M. M. M. (2014). *Comunicação centrada no doente crónico: Validação do health care communication questionnaire para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/4216>

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Cadah, L. (2000). *Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes* (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., Frankel, R., Buffone, N., ... Langdou, L. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 79(6), 495-507.

Ferreira, M. M. C., Tavares, J., & Duarte, J. (2006). Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem. *Referência*, 2(2), 51-62.

Hesbeen, W. (2005). *Cuidar no hospital: Enquadurar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Joyce, B. L., Steenbergh, T., & Scher, E. (2010). Use of the kalamazoo essential elements communication checklist, adapted, in an institutional interpersonal and communication skills curriculum. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(2), 165-169. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244319/>

Leite, R. A. (2013). Competências essenciais de comunicação clínica no curso de medicina da UBI: Avaliação e revisão curricular. (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.6/1613>

Lopes, R., Azeredo, Z., & Rodrigues, R. (2010). Portuguese version of the interpersonal communication assessment scale: Preliminary validation study. In *14th International Nursing Research Conference* (pp. 252 - 253). Madrid: Instituto

Carlos III.

Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(4), 390-393.

Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4^a ed.). Loures: Lusociência.

Millenium, 2(ed espec nº1), 301-305.

CONSENTIMENTO INFORMADO DA TEORIA À PRÁTICA

INFORMED CONSENT FROM THEORY TO PRACTICE

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Maria José Almeida

Fabiana Paulo

Martina Rocha

Unidade de Saúde familiar Infante D. Henrique- Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: O conceito de consentimento informado (CI) livre e esclarecido, é uma manifestação de respeito pelo ser humano, e pela sua autonomia. As informações devem ser fornecidas em linguagem clara, simples e acessível. A Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (USFIDH) criou internamente o procedimento nºPO01.PROC11.IT01 para regular a aplicação dos consentimentos informados na instituição.

Objetivo: Avaliar o conhecimento e cumprimento do procedimento interno da USFIDH pelos seus médicos.

Métodos: Efetuou-se um estudo observacional, descritivo e transversal. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário, do programa informático MedicineOne® e da pasta de arquivo. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao programa informático Excel®.

Resultados: Dos sete itens avaliados, verificou-se a existência de seis conformidades, duas das quais com oportunidade de melhoria e de uma não conformidade. Este resultado correspondeu a 85% de conformidades o que revelou fase de consolidação de processo.

Conclusões: Conclui-se que os médicos da USF cumprem as boas práticas, relativamente aos CI. No entanto, verifica-se a necessidade de lembrar a importância do registo no processo informático e melhoria no processo de codificação, para avaliações futuras.

Palavras-chaves: Consentimento informado; Anticoncepcionais subcutâneos; Anticoncepcionais intrauterinos

ABSTRACT

Introduction: the concept of informed consent (CI) free and clear is a manifestation of respect for the human being, and their autonomy. The information must be provided in clear, simple and accessible language. The Family Health Unit Infant D. Henrique (USFIDH) created internally the procedure paragraph PO01. PROC11. IT01 to regulate the application of informed consent in the institution.

Objective: to evaluate the knowledge and compliance with the internal procedure of the USFIDH by their doctors.

Methods: we conducted an observational study, descriptive and transversal. Data collection was carried out through the application of a questionnaire, the MedicineOne® software and file folder. The statistical analysis was performed using the computer program Excel®.

Results: of the seven items evaluated, it was verified the existence of six compliance, two of which with opportunity of improvement and of a non-conformity. This result corresponded to 85% compliance what revealed consolidation phase of process.

Conclusions: it is concluded that the USF doctors comply with best practices, in relation to the CI. However, there is a need to remember the importance of registration in computer and process improvement in the encoding process, for future evaluations.

Keywords: Informed consent; Subcutaneous anticoncepcionais; Intrauterine anticoncepcionais

RESUMEN

Introducción: el concepto de consentimiento informado (CI) libre y claro, es una manifestación de respeto por el ser humano y su autonomía. Debe proporcionarse la información en lenguaje claro, simple y accesible. La Salud de la Familia Unidad Infante D. Henrique (USFIDH) había creado internamente el párrafo de procedimiento PO01. PROC11. IT01 para regular la aplicación del consentimiento informado en la institución.

Objetivo: evaluar el conocimiento y cumplimiento del régimen interno de la USFIDH por sus médicos.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario, la carpeta de archivos y software de MedicineOne®. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa informático Excel®.

Resultados: de los siete puntos evaluados, se comprobó la existencia del cumplimiento de seis, dos de los cuales con oportunidad de mejora y de una no conformidad. Este resultado correspondió al 85% de cumplimiento qué fase de consolidación revelado del proceso.

Conclusiones: se concluye que los médicos de USF cumplen de mejores prácticas, en relación con el CI. Sin embargo, es necesario recordar la importancia de la inscripción en equipo y mejora de procesos en el proceso de codificación, para futuras evaluaciones.

Palabras Clave: Consentimiento informado; Anticoncepcionais subcutáneo; Anticoncepcionais intrauterina



INTRODUÇÃO

O conceito de consentimento informado (CI) surge pela primeira vez no Tribunal de Nuremberg (19/08/1947). Apelidado de “Código de Nuremberg”, é o 1º código internacional de ética que envolve seres humanos. Surge como reação às atrocidades cometidas contra os Judeus, nos campos de concentração, durante a 2º Guerra Mundial (Thebaldi, 2012).

O CI livre e esclarecido, na forma oral ou escrita é uma manifestação de respeito pelo ser humano, e pela sua autonomia. As informações devem ser fornecidas em linguagem clara, simples, acessível (Norma da DGS nº 015/2013 de 03/10/2013) e adequadas ao grau académico e deficiência do utente (e.g. Braille para cegos). Esta prática contribui para aumentar a confiança, pilar fundamental na relação profissional de saúde/utente (Almeida, 2011).

No âmbito da saúde, o CI reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos. Com o evoluir dos anos, surge o conceito de Medicina defensiva por Thebaldi (2012) e Almeida (2011), daí que, também no âmbito da saúde, o CI constitui para o profissional, prova de defesa, em caso de litígio judicial (Thebaldi, 2012).

A norma nº. 015/2013 de 03/10/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS) atualizada a 11/04/2015, regula a aplicação dos CI. A Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique (USFIDH), criou internamente o procedimento nº PO01.PROC11.IT01 para regular a aplicação dos consentimentos informados na instituição. A aplicação adequada deste procedimento, por todos os médicos da USF corresponde a uma boa prática. Neste trabalho, os procedimentos avaliados são a colocação de dispositivos anticoncepcionais subcutâneos ou intrauterinos, administração de gamaglobulina anti D, administração de vacinas contra o sarampo, rubéola e parotidite (VASPR) a mulheres em idade fértil, dádiva/colheita/análise/processamento/preservação/armazenamento/ distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana (e.g. citologia) e ingresso de utentes em equipas de cuidados continuados integrados (ECCI)/ unidades de cuidados continuados integrados (UCCI). Atendendo à norma, os profissionais de saúde, devem imprimir o modelo do CI e entregá-lo ao utente para assinatura, após informação do procedimento a efetuar. Deve ser respeitado um período de reflecção, que emana da necessidade da pessoa avaliar e processar a informação.

São objetivos do trabalho: avaliar o conhecimento e cumprimento do procedimento interno da USFIDH pelos seus médicos, o qual regula a correta aplicação do CI (PO01.PROC11.IT01); saber se existe um procedimento atualizado e em vigor na USF; saber se os profissionais conhecem o procedimento para a aplicação do CI nas situações previstas; avaliar se os profissionais sabem como aceder aos impressos dos CI; verificar se a USF disponibiliza os modelos de CI para as situações previstas na norma 015/2013 da DGS; verificar o correto registo previsto no PO01.PROC11.IT01 da aplicação dos CI no processo informático do utente; avaliar se o CI é aplicado no momento em que é proposta a intervenção; confirmar se existe arquivo físico dos CI aplicados, de acordo com as normas de proteção de dados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Pelo facto de não termos encontrado artigos sobre estudos estatísticos do consentimento informado a nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), consideramos pertinente a elaboração deste trabalho. A lacuna de conhecimentos estatísticos prévios, nesta área, tornou mais difícil a elaboração do trabalho e impossibilitou a análise comparativa.

Thebaldi (2012) e Almeida (2011), em artigos disponíveis, falam da importância do CI não só pelo fato da pessoa poder decidir livremente sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos, como também para o profissional de saúde dentro do conceito de Medicina defensiva.

2. MÉTODOS

Efetuou-se um estudo observacional, descritivo e transversal durante o período de 11 de Março a 20 de Maio de 2015. A população foi constituída pelos oito médicos da USFIDH, em funções no período atrás citado. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário, com o intuito de avaliar o conhecimento e cumprimento do procedimento interno que regula a aplicação dos CI, do programa informático MedicineOne®, em uso na USF e da pasta de arquivo de CI. O tratamento estatístico foi realizado com recurso ao programa informático Excel®.

Tabela 1- Questionário aos profissionais

Conhece o procedimento para a aplicação correta do CI nas situações previstas?

- Sabe em que situações o CI deve ser preenchido? S/N. Quais?
- Como procede habitualmente para o aplicar?
- Em que altura é que o(a) utente o preenche?
- Regista a informação em como foi assinado o CI? S/N. Em que sítio do processo informático?
- O que faz às diferentes folhas do CI depois de assinado?

Os atos avaliados com o intuito de se averiguar a aplicação correta dos CI, foram a realização de citologias, administração de VASPR em mulheres em idade fértil, referência à UCCI/ECCI, aplicação de implante contraceptivo subcutâneo, aplicação de anticoncepcional intrauterino e administração de Imunoglobulina anti D.

Para a avaliação dos resultados, foram utilizados critérios de qualidade, já usados em auditorias prévias na USFIDH: <50% de conformidades - necessidade de intervenção urgente; [50;75% de conformidades - oportunidade de melhoria; ≥75% de conformidades - consolidação do processo. Foi efetuada uma análise descritiva.

Garantimos o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados. Houve autorização por parte da instituição para a colheita de informação, posterior tratamento dos dados e apresentação dos mesmos.

Como já referido foi feita uma análise descritiva, tendo o tratamento estatístico sido efetuado no programa informático Excel®.

3. RESULTADOS

Dos sete itens avaliados (saber se existe um procedimento atualizado e em vigor na USF; saber se os profissionais conhecem o procedimento para a aplicação do CI nas situações previstas; avaliar se os profissionais sabem como aceder aos impressos dos CI; verificar se a USF disponibiliza os modelos de CI para as situações previstas na norma 015/2013 da DGS atualizada a 11/04/2015; verificar o correto registo previsto no PO01.PROC11.IT01 da aplicação dos CI no processo informático do utente; avaliar se o CI é aplicado no momento em que é proposta a intervenção; confirmar se existe arquivo físico dos CI aplicados, de acordo com as normas de proteção de dados), verificou-se a existência de seis conformidades, nomeadamente, sabem que existe um procedimento atualizado e em vigor na USF; os profissionais conhecem o procedimento para a aplicação do CI nas situações previstas; os profissionais sabem como aceder aos impressos dos CI; a USF disponibiliza os modelos de CI para as situações previstas na norma 015/2013 da DGS atualizada a 11/04/2015; o CI é aplicado no momento em que é proposta a intervenção; existe arquivo físico dos CI aplicados, de acordo com as normas de proteção de dados. Verificou-se uma não conformidade, especificamente, não se verificou o correto registo previsto no PO01.PROC11.IT01 da aplicação dos CI no processo informático do utente. Estes resultados corresponderam a 85% de conformidades, o que revela que os profissionais da USF se encontram numa fase de consolidação de processo.

Das seis conformidades, duas (se os profissionais conhecem o procedimento para a aplicação do CI nas situações previstas e se existe arquivo físico dos CI aplicados de acordo com as normas de proteção de dados) apresentam-se numa oportunidade de melhoria.

Quanto à conformidade com oportunidade de melhoria, “os profissionais conhecem o procedimento para a aplicação correta do CI, nas situações previstas?”, verificou-se desconhecerem a aplicação do mesmo no caso do ingresso de utentes em ECCI/UCCI. A outra conformidade com oportunidade de melhoria “existe arquivo físico dos CI aplicados, de acordo com as normas de proteção de dados?”, arquivo esse, que se encontra em local próprio (de acordo com as normas definidas no PO01.PROC05 que regulamente a confidencialidade na USFIDH - capa devidamente identificada no secretariado clínico 2), verificou-se que apenas em 34% dos atos avaliados (citologias, administração de VASPR em mulheres em idade fértil, referência à UCCI /ECCI, aplicação de implante contraceptivo subcutâneo, aplicação de DIU, administração de anti D), os CI se encontravam arquivados, havendo ainda médicos a arquivar outros locais, que não o definido.

Quanto, à não conformidade (correto registo previsto no PO01.PROC11.IT01, da aplicação do CI, no processo informático do utente), o profissional de saúde deve registrar o processo de informação e CI no processo clínico, no separador “Resumo” e/ou no registo SOAP. Aí, deve colocar a data em que obteve o CI, livre e esclarecido. Dos atos avaliados (citologias, administração de VASPR em mulheres em idade fértil, referência à UCCI /ECCI, aplicação de implante contraceptivo subcutâneo, aplicação de DIU, administração de anti D), apenas 7,69% tinham o correto registo.



4. DISCUSSÃO

Um trabalho deste tipo torna-se relevante, já que o CI livre e esclarecido, é uma manifestação de respeito pelo ser humano, e pela sua autonomia. Corresponde a uma boa prática médica e está determinado para certos procedimentos (norma nº 015/2013 da DGS atualizada a 11/04/2015). Não encontramos estudos estatísticos idênticos a este que permitissem fazer comparação com os resultados encontrados. Apenas encontramos um artigo (Almeida, 2011) que aborda os fundamentos e aplicação de adequada metodologia para a obtenção do CI. Aborda as características a que deve obedecer o CI, a sua metodologia, legislação e a necessidade de confiança na relação médico/doente. Assim sendo, apenas podemos fazer a interpretação, mas não comparativa, dos resultados encontrados (ver conclusão).

CONCLUSÕES

Do estudo efetuado, conclui-se que os médicos da USF têm cumprido as boas práticas, relativamente aos CI verificando-se a existência de seis conformidades, duas das quais com oportunidade de melhoria e de uma não conformidade, correspondendo a 85% de conformidades, o que revela fase de consolidação de processo. Constituíram limitações deste estudo, o fato de alguns dados colhidos no processo informático MedicineOne® não estarem disponíveis no módulo estatístico, daí a necessidade da colheita manual no processo individual de cada utente. Em alguns casos, o fato da codificação não estar adequada, também dificultou a colheita de dados. Perante estes fatos, verifica-se a necessidade de melhoria de alguns procedimentos. Isto não só relativamente à não conformidade encontrada e às conformidades com oportunidade de melhoria, como também a processos de codificação que facilitem futuros estudos. São exemplos, no caso da administração da imunoglobulina anti D, assinalar em todas as grávidas o grupo de sangue no campo próprio ou separador “resumo”, no caso do implante subcutâneo e DIU, na consulta em que são colocados, codificar no “P” do SOAP o código “W59- Outros processos terapêuticos /Pequena Cirurgia, NE”. Já no caso da referenciado para UCCI/ECCI, dever-se-á codificar no “P” do SOAP o “A68-Outras referenciadas” ou nas intervenções de enfermagem, selecionar encaminhamento para UCCI/ECCI. Igualmente, se sugere que o arquivo dos CI seja efetuado por ordem alfabética e que no processo clínico informático, no separador “resumo” se coloque “CI assinado em dia/mês/ano.” As conclusões deste estudo constituem motivo de reflexão. Impõe-se por parte dos serviços de saúde, uma correta aplicação dos procedimentos inerentes a uma boa prática médica.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais da unidade e ao Coordenador da USFIDH. Sem qualquer um dos profissionais já citados, não teria sido possível a realização deste trabalho. A todo um muito obrigado e à boa maneira Beirã um Bem-haja.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Centro, Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique. (2015). *Processo de acreditação: Procedimento nº P001.PROC11.IT01: Consentimento informado* [Procedimento interno da instituição]. USF Infante D. Henrique, Viseu.

Almeida, L. (2011). Consentimento informado: Fundamentos e aplicação de adequada metodologia para a sua obtenção: Breves considerações. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*, 35, 87-91.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma da DGS nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015: Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>

Thebaldi, I. M. M. (2012). *A utilização do consentimento informado como termo de adesão*. Acedido em http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12263

Millenium, 2(ed espec nº1), 307-314.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA FORMAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DO DOENTE: UM ESTUDO RETROSPECTIVO DE 2012 A 2014 COM BASE NO MULTIPROFESSIONAL GUIDE

TO SURVEY THE SITUATION OF EDUCATION AND TRAINING IN PATIENT SAFETY:RETROSPECTIVE STUDIES 2012-2014, BASED ON MULTIPROFESSIONAL GUIDE

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 2012 Y 2014 COM BASE EN EL MULTIPROFESSIONAL GUIDE

Catarina Amaral¹

Paula Favas²

Paulo Sousa³

Maria João Lage³

Susana Ramos³

¹Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Portugal

²Agrupamento de Centros de Saúde do Dão-Lafões, Unidade de Saúde Familiar Lusitana, Portugal

³Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal



RESUMO

Introdução: O cidadão tem direito a cuidados de saúde com qualidade, sendo-lhe reconhecida toda a legitimidade para os exigir a todos os níveis de prestação, assumindo a educação e o treino em segurança do doente um papel fundamental. Em 2011 a World Health Organization (WHO) desenvolveu o “Patient Safety Curriculum Guide – Multi-professional Edition” onde são apresentadas propostas flexíveis que podem ser integradas nos currículos já existentes nas escolas e nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. A WHO (2011) e o European Network for Patient Safety (2014) recomendam, o desenvolvimento de planos de formação graduada, pós-graduada e contínua, que potenciem a aprendizagem sobre a melhoria da cultura interna de segurança dos doentes. Por tudo isto, a segurança do doente deverá fazer parte integrante do ensino, formação dos trabalhadores do sector da saúde, enquanto prestadores de cuidados.

Objetivo: Caracterizar a situação formativa em “Segurança do Doente” nas instituições de cuidados de saúde primários, diferenciados e de ensino em saúde em Viseu.

Métodos: É um estudo qualitativo e retrospectivo através da análise de conteúdo com abordagem exploratória e categorização à priori. A estruturação inicial das categorias de análise emergiu da grelha de análise “Tópicos do Multiprofessional Guide”.

Resultados: Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de implementação de programas estruturados de educação e treino dos profissionais de saúde em Viseu nesta área.

Palavras-chaves: Educação; Treino; Segurança do Doente

ABSTRACT

Introduction: The citizen has the right to have quality healthcare, being recognized all the legitimacy to demand at all performance levels, with education and training in patient safety assuming a major role. In 2011 WHO developed “Patient Safety Curriculum Guide - Multi-professional Edition” where the flexible proposals are being integrated in the already existing curriculums. WHO (2011) and the European Comission (2014) recommend the development of teaching plans for the different academic levels, which will promote the apprenticeship of the development in patient safety’s culture.

Objective: Survey the Situation of education and training in “Patient safety” in healthcare institutions (primary healthcare and hospital care), schools/universities in Viseu.

Methods: It is a Qualitative and retrospective study through the analysis of the content with an exploratory approach, based on an a priori categorization. The initial structure of the approach analysis came from the analysis grid “Multiprofessional Guide Topics”.

Results: The results found during this study show the necessity of creating structured healthcare education and training programs in Viseu.

Keywords: Education, Training, Patient safety

RESUMEN

Introducción: El ciudadano tiene derecho a cuidados de salud de calidad, reconociéndosele el derecho de exigirlos a todos los niveles de asistencia, asumiendo la educación y la formación en seguridad del paciente un papel fundamental. En 2011 la World Health Organization (WHO) desarrolló el “Patient Safety Curriculum Guide – Multi-professional Edition” donde se presentan propuestas flexibles que se pueden integrar en los currículos ya existentes en las escuelas y en las instituciones que prestan cuidados de salud. La WHO (2011) y el European Network for Patient Safety (2014) recomiendan, el desarrollo de planes de formación graduada, posgraduada y continua, que potencien el aprendizaje sobre la mejora de la cultura interna de seguridad de los pacientes. Por todo esto, la seguridad del paciente deberá ser parte integrante de la enseñanza, formación de los trabajadores del sector de la salud, en cuanto prestadores de asistencia sanitaria.

Objetivo: Este trabajo pretende caracterizar la situación formativa en “Seguridad del Paciente” en las instituciones de atención primaria de salud, diferenciadas y de enseñanza en salud en Viseu.

Métodos: Es un estudio cualitativo y retrospectivo a través del análisis de contenido con abordaje exploratorio y categorización a priori. La estruturación inicial de las categorías de análisis emergió de la tabla de análisis “Tópicos del Multiprofessional Guide”.

Resultados: Los resultados encontrados evidencian la necesidad de implementación de programas estruturados de educación y formación de los profesionales de la salud en Viseu en este área.

Palabras Clave: Educación; Formación; Seguridad del Paciente



INTRODUÇÃO

A segurança é um dado essencial para a credibilidade dos cidadãos no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde em particular (Portugal, 2015).

Sousa (2014) refere o quanto importante a temática da segurança do doente é:

- Pela visibilidade do problema (para os doentes/familiares, profissionais de saúde, gestores e responsáveis políticos, mídia, sociedade em geral),
- Pelo impacto que tem (clínico, económico, social) e
- Pelos potenciais ganhos que podem advir.

Ramos e Trindade (2013, p. 10) referem que na última década se verificou um crescendo no que respeita à preocupação dos profissionais e instituições de saúde pelas questões associadas à segurança dos doentes.

Em 2008, o Canadian Patient Institute e o The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada elaboraram um documento intitulado “The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety across the Health Professions” que teve como objectivo indicar/enumerar conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas na formação e aperfeiçoamento de todos os profissionais de saúde. A segurança do doente deverá fazer parte integrante do ensino, formação dos trabalhadores do sector da saúde, enquanto prestadores de cuidados. No entanto, após as recomendações emitidas pelo Conselho sobre a segurança do doente em 2009, a European Comission (2014) identificou em 2014 a falta de implementação da educação e treino dos profissionais de saúde em Portugal nesta área (European Network for Patient Safety, 2014).

Caracterizar a situação formativa através do Diagnóstico de Situação no âmbito da formação em “Segurança do Doente” nas instituições de cuidados de saúde primários, diferenciados e de ensino em saúde em Viseu entre 01/01/2012 e 31/12/2014.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segurança do Doente

A segurança do doente tem vindo a ser parte integrante das políticas de saúde a nível mundial, sendo publicados vários estudos, recomendações e relatórios como o To Err is Human pela IOM em 1999 e o Seven Steps to Patient Safety pela United Kingdom em 2004.

A prestação de cuidados é complexa interagindo vários intervenientes e agentes (prestadores de cuidados, gestores e doentes) que assumem a qualidade sob diferentes perspectivas de acordo com as suas necessidades, expectativas e interesses (Sousa, 2014). O desenvolvimento de uma cultura de segurança torna-se assim uma prioridade (Ribas, 2010; Ramos e Trindade, 2013).

A proteção dos doentes de danos não intencionais é uma responsabilidade das escolas de saúde, dos profissionais de saúde, das equipas, das instituições e do sistema de saúde (Lage, 2010).

Na construção de uma cultura de segurança, a formação académica e a educação permanente dos profissionais da saúde destacam-se como componentes essenciais (Serranheira et al., 2009). Estes autores reforçam neste contexto, a importância dos gestores da saúde. Cuidados seguros e de qualidade só podem ser alcançados com o esforço conjunto dos serviços prestadores de cuidados de saúde e das escolas que preparam os futuros profissionais de saúde (Ribas, 2010). E, nesta perspectiva tanto o ensino dos estudantes como a formação dos professores deve receber igual atenção.

A World Health Organization (WHO) em 2011 com a elaboração do Multiprofessional Guide criou um importante instrumento de orientação para os professores, na medida em que a inclusão desta temática nos currículos escolares se revelou um grande desafio para as instituições de ensino perante a preparação limitada de alguns professores nesta área. Sendo a segurança do doente um conceito relativamente recente, é necessário considerar que muitos professores não o tiveram contemplado na sua formação. As propostas do Curriculum Guide são flexíveis podendo ser integradas nos currículos já existentes.

2. MÉTODOS

O estudo insere-se numa investigação de natureza qualitativa realizado entre 2012 e 2014 tendo-se recolhido os dados através da análise documental das formações realizadas no Centro Hospitalar Tondela- Viseu (CHTV); e na Administração Regional de Saúde de Viseu (toda a zona centro), (ARSC); e da análise dos conteúdos programáticos dos cursos de licenciatura, pós-graduação e

mestrado da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e da Escola Superior de Saúde Jean Piaget em Viseu (ESSJPV). A análise dos programas de formação das instituições de saúde e dos currículos escolares realizou-se através da análise de conteúdo tendo-se delineado uma abordagem exploratória, elencada numa categorização a priori (Bardin, 2004). A estruturação inicial das categorias de análise – tópicos – emergiu da grelha de análise “Tópicos do Multiprofessional Guide”:

Tópico 1- O que é Segurança do Doente?

Tópico 2: Porque é que aplicar fatores humanos é importante na segurança do doente?

Tópico 3: Perceber sistemas e o efeito da sua complexidade nos cuidados do doente

Tópico 4: Ser um jogador de equipa eficaz

Tópico 5: Aprender com os erros e prevenir danos

Tópico 6: Entender e gerir riscos clínicos

Tópico 7: Utilizar métodos de melhoria de qualidade para melhorar a prestação de cuidados de saúde.

Tópico 8: Relação interpessoal do doente e do prestador de cuidados

Tópico 9: Prevenção e controlo de infeções

Tópico 10: Segurança do doente e intervenções invasivas

Tópico 10: Segurança do doente e intervenções invasivas.

2.1 Procedimentos

No que respeita aos procedimentos formais, foi solicitado aos órgãos de direcção de cada instituição envolvida no estudo, a autorização e disponibilização dos dados para a realização do mesmo contemplando-se os aspetos éticos – legais.

3. RESULTADOS

Apresentam-se de seguida os resultados da análise da formação ocorrida no CHTV, na ARSC, (contemplando todas as categorias profissionais); na ESSV e na ESSJPV (contemplando todos os graus académicos) entre 2012-2014. Salvaguarda-se que não foi possível realizar-se uma análise de conteúdo dos mesmos a partir da Grelha Multiprofessional Guide da WHO, uma vez que os dados disponíveis acerca das formações não permitiram verificar os itens que a constituem. Deste modo, alude-se à área temática, indicadores, unidades de registo e unidades de enumeração.

Após uma análise dos programas das formações ocorridas no CHTV, fez-se uma seleção, a partir das suas áreas temáticas, das que a priori, teriam conteúdos referentes à segurança do doente, ou seja, as mesmas foram sujeitas a um processo de pré-seleção. Desses formações, e no que reporta ao ano de 2012, a formação com maior número de ocorrências foi Gestão de Resíduos Hospitalares (n=210), seguindo-se, em termos de representatividade, Segurança do Doente na Prevenção de Quedas (n=77), Suporte Básico de Vida (n=69), Dinâmica de Equipa para Segurança do Doente (n=38), Formação Básica de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (n=36), IASC e Segurança Clínica (n=35). As restantes formações variam, em número de ocorrências, entre 9-26, nomeadamente Certificação da Unidade de Medicina Fetal pela Norma ISO 9001 (n=9) e Prevenção e Controlo de Infeção para Elos de Ligação Assistentes Operacionais (n=26).

No que se refere à formação decorrida em 2013 no CHTV, segundo os dados apurados refere-se que a mais frequente foi o Suporte Básico de Vida (n=173), seguindo-se Comunicação no Atendimento (n=41), Suporte Imediato de Vida (n=38), Protocolos de Atuação em AVC (n=23), Desenvolvimento de Protocolos e Normas de Orientação Clínica (n=22), Curso Básico sobre Prevenção e Controlo da Infeção para Assistentes Operacionais (n=22), Dinâmica da Equipa para a Segurança do Doente (n=22), Notificação e Gestão de Incidentes (n=22), Gestão e Motivação para a Qualidade (n=21), Prevenção e Controlo da Infeção para Elos de Ligação - Assistentes Operacionais (n=19), Segurança do doente na prevenção de quedas (n=19). Sendo menos frequentes Auditorias Clínicas como Instrumento de Melhoria da Qualidade em Serviços Cirúrgicos (n=15) e Segurança e Proteção Radiológica (n=8).

De acordo com os dados fornecidos, apenas se teve acesso ao número de sessões de formação Suporte Básico de Vida (n=60), ocorrida no CHTV no ano de 2014.

Atendendo aos dados referentes à formação ocorrida no CHTV nos anos 2012-2014, em conformidade com os conteúdos disponíveis para análise de conteúdo, pode dizer-se que a formação disponibilizada, no âmbito da segurança do doente, cifrou-se



a: Notificação e gestão de incidentes, Aprendizagem a partir do conhecimento dos incidentes, Gestão de Risco no Desempenho das Funções do Assistente Operacional, Infeção Associada aos Cuidados de Saúde e Segurança Clínica, Curso Básico sobre Prevenção e Controlo da Infeção para Assistentes Operacionais, Segurança e Proteção Radiológica, Dinâmica da Equipa para a Segurança do Doente, Dinâmica da Equipa para a Segurança do Doente, Formação Básica de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, Prevenção e Controlo de Infeção para Elos de Ligação Assistentes Operacionais, Segurança do Doente na Prevenção de Quedas, Segurança do Doente nos Procedimentos de Pequena Cirurgia, Segurança no Circuito do Medicamento, Segurança do Medicamento: Utilização de Medicamentos de Domicílio em Ambiente Hospitalar.

No que respeita à ARSC verifica-se que a segurança do doente está apenas patente nas seguintes formações: Reabilitação da pessoa dependente em contexto domiciliário, Tratamento de feridas e terapia compressiva, O respeito pela dignidade humana na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Administração de Vacinas, Tuberculinas e Reações Adversas em Vacinação e CCI – Saber para melhor cuidar, com iguais ocorrências (n=1), à exceção das formações no contexto da vacinação (n=2).

Em relação aos conteúdos programáticos dos cursos de Pós-Graduação na ESSV, as diretrizes alusivas à segurança do doente estão implícitas em duas unidades curriculares, designadamente: Gestão e Administração em Saúde (Gestão de pessoal; Liderança, motivação e gestão de conflitos; Gestão de materiais e Gestão de stocks) e Gestão da Qualidade em Saúde (Respeito pela autonomia do cliente no processo terapêutico; Consentimento do cliente: seus pressupostos e limites e Negligência e responsabilidade por omissão).

Segundo a análise efetuada aos programas formativos dos cursos de Mestrado da ESSV, verificou-se que a formação sobre a segurança do doente está presente unicamente na unidade curricular Enfermagem Avançada – Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica e Modelos e Teorias em Enfermagem Avançada (A ética como modo de ser humano no agir pessoal; A fundamentação da dignidade e dos direitos humanos e Responsabilidade profissional: o erro – implicações legais).

Quanto aos conteúdos programáticos do curso de Licenciatura em ESSV, verificou-se que a formação sobre a segurança do doente está implícita apenas em algumas unidades curriculares, nomeadamente: Fundamentos de Enfermagem I e II (Desenvolvimento de competências nos domínios afectivo, cognitivo e psicomotor para a prática de cuidados de enfermagem; avaliação das necessidades de vida do ser humano com a intervenção de enfermagem através do domínio de procedimentos e técnicas específicas), Microbiologia e Parasitologia (Doenças infecciosas e seus agentes), Farmacologia, Enfermagem Médico-Cirúrgica I, II e III, Ensino Clínico I, II (Medicina – Experiências clínicas de aprendizagem que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas de enfermagem), Ensino Clínico III (Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica – Prática de enfermagem na área de saúde materna obstétrica e ginecológica), Ensino Clínico IV (Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Experiências clínicas que lhe permitam a promoção e o desenvolvimento de competências gerais, na prestação de cuidados à criança/jovem e família), Ensino Clínico V (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Atuação aos três níveis de prevenção) e Ensino Clínico VI (Saúde Comunitária – Promoção da saúde ao longo do ciclo vital).

Relativamente à formação académica relativa ao curso de Enfermagem da ESSJPV, encontraram-se alguns conteúdos programáticos que se inserem nas diretrizes do Multiprofessional Guide da WHO, nomeadamente: Fundamentos de Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem I, II, III, Farmacologia e Farmacoterapia, Microbiologia, Primeiros Socorros e Reanimação, Ensino Clínico: Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Especialidades, Relações Públicas e Pedagogia da Saúde, Enfermagem Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Geriátrica e Infeciólogia.

4. DISCUSSÃO

Após a análise das formações ocorridas entre 2012-2014 no CHTV, refere-se que os programas de formação contemplam a área da segurança do doente, no entanto, os temas abordados não satisfazem as necessidades formativas tendo por base as diretrizes da WHO - Multiprofessional Guide. A análise dos conteúdos dos programas da formação do CHTV à luz dos tópicos sugeridos pelo Multiprofessional Guide – WHO, permitiu verificar que estão presentes alguns deles, como: “Ser um elemento efetivo da equipa (tópico IV); “Aprender com os erros para prevenir o dano” (tópico V), “Compreender e gerir o risco clínico” (tópico VI), “Prevenção e controlo da infeção” (tópico 9), “Segurança do doente e os procedimentos invasivos” (tópico 10) e “Melhorar a segurança do medicamento” (tópico 11). No entanto, apesar de serem abordados estes tópicos, não contemplados todos os itens preconizados no currículum do Multiprofessional Guide – WHO para cada um destes tópicos.

Apesar da referida Instituição de Saúde ter vindo a realizar formação em segurança do doente, considera-se que há a necessidade de reformular as estratégias de como a mesma tem vindo a ser planeada, de modo a dotar os profissionais de competências adequadas para aumentar a segurança do doente promovendo a qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

No que se refere aos conteúdos programáticos da ESSJPV, apurou-se que estão presentes alguns dos tópicos apontados na



Multiprofessional Guide – WHO, apesar de não estarem abordados todos os itens que os constituem. Assim, verificou-se que constam: “Ser um elemento efetivo da equipa” (tópico 4); “Compromisso entre os doentes e cuidadores” (tópico 8), designadamente a formação relativa à comunicação, empatia e respeito pelo doente e cuidador relação interpessoal do doente e do prestador de cuidados; “Prevenção e contro da infeção” (tópico 9); “Segurança do doente e os procedimentos invasivos” (tópico 10); “Melhorar a segurança do medicamento” (tópico 11). O facto de a segurança do doente ser abordada de forma fracionada, sem a devida ênfase no tema segurança, sugere que os estudantes não estão a ser preparados com enfoque neste tema, não indo ao encontro do Multiprofessional Guide – WHO, que preconiza um currículum integrador da aprendizagem teórica e prática em segurança do doente.

Decorrente do exposto, refere-se que a segurança do doente poderia centrar-se numa ótica abrangente, como um tema transversal na formação dos futuros profissionais de saúde ao longo da sua formação de modo a percecionarem a segurança como um direito dos doentes. Por outro lado, os professores poderão integrar as competências em segurança na sua prática diária de ensino, transformando todas as oportunidades como meio de aprendizagem.

Neste âmbito, tal como referenciado no quadro conceitual deste trabalho, é importante reforçar que a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (Portugal, 2015) preconiza um conjunto de prioridades estratégicas, onde se destaca a segurança do doente, como forma de garantir, progressivamente, aos cidadãos maior confiança no acesso aos serviços prestados pelas unidades de cuidados de saúde do sistema de saúde em Portugal.

Em síntese, quer na formação disponibilizada pelo CHTV, quer ao nível da formação académica da ESSJPV, evidenciaram-se falhas dos conteúdos “O que é a segurança do doente?” (tópico 1); “Por que é que a aplicação dos fatores humanos é importante para a segurança do doente” (tópico 2), “Compreender os sistemas e a sua complexidade na segurança do doente” (tópico 3).

Após a análise dos programas de formação da ARSC concluiu-se que existe formação na área da segurança do doente, todavia, não abrangendo a maioria dos tópicos preconizados pelo Multiprofessional Guide – WHO, havendo a necessidade de se reestruturar a forma como esta tem vindo a ser planeada, para que se possa a dotar os profissionais de competências adequadas por forma a aumentar a segurança do doente promovendo a qualidade dos cuidados e ganhos em saúde.

A análise da formação efetuada na ARSC no triénio de 2012-2014 demonstra que a tônica recai mais nas habilidades técnicas do que nas habilidades não técnicas, o que não está em conformidade com o Multiprofessional Guide - WHO. Neste sentido, conforme refere Leonard et al. (2004), se tivermos em conta que 50% de todos os eventos adversos são evitáveis e que 70% destes podem estar ligados às falhas de comunicação, é crucial investir mais nesta área, com recurso a um plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes, indo-se ao encontro do preconizado pelo Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, como especificado no Objetivo Estratégico 2 do mesmo dispositivo legal, onde está referido que a comunicação é “um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde”.

Fazendo uma análise das áreas temáticas da formação da ARSC no triénio de 2012-2014, em conformidade com os tópicos e respetivos itens do Multiprofessional Guide – WHO, apurou-se que apenas estão presentes alguns itens do tópico 11 “Melhorar a segurança do medicamento”. Já no que concerne aos conteúdos programáticos da ESSV, em termos de licenciatura, estão implícitos alguns itens do tópico 4 “Ser um elemento efetivo da equipa”, do tópico 8 “Compromisso entre o doente e os cuidadores”, do tópico 9 “Prevenção e controlo da infeção” e do tópico 11 “Melhorar a segurança do medicamento”. Quanto à Pós-graduação, apenas estão presentes alguns dos itens constitutivos do tópico 4 “Ser um elemento efetivo da equipa”.

Em relação à formação da ESSV, concluiu-se que há formação na área da segurança do doente, estando em conformidade com as diretrizes da WHO (2011) e da European Network for Patient Safty (2012/2014).

Em termos ainda dos conteúdos programáticos da ESSV, em conformidade com os planos curriculares analisados, pode igualmente dizer-se que estão presentes os cuidados centrados no doente, notificação de erros, importância do porquê aplicar fatores humano, perceber sistemas e o efeito da sua complexidade nos cuidados do doente, relação interpessoal do doente e do prestador de cuidados, comunicação em equipa multidisciplinar e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde, indo ao encontro dos tópicos indicados no Multiprofessional Guide – WHO, que prevê a preparação dos estudantes a fim de terem práticas seguras no seu local de trabalho, tendo-se, para tal, de providenciar um currículum que integre a aprendizagem teórica e prática em segurança do doente.

Em termos de formação académica, a WHO (2011) e a European Network for Patient Safty (2012/2014) dão indicações de que a segurança do doente deve constar dos programas de formação, cuja legislação confere às escolas autonomia para integrá-la nos conteúdos programáticos de formação de base dos estudantes de enfermagem. Contudo, verificou-se que não há uma unidade específica nesta área, sendo transversal a algumas áreas de formação. Ou seja, a formação em segurança do doente é dada de forma fragmentada em unidades curriculares, estando sujeita a lacunas, não se centrando unicamente na aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades que suportem as alterações no comportamento de modo a facultar cuidados seguros.



Esta análise temática e curricular mostra que se tem dado mais ênfase às habilidades técnicas em detrimento das habilidades não técnicas, contrariando o Multiprofessional Guide. Há a necessidade de se investir mais nesta área, através do desenvolvimento do plano de formação de serviço na área da segurança dos doentes, como preconiza o Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro (Portugal, 2015).

CONCLUSÕES

Nos últimos anos, tem-se verificado na área da segurança do doente um investimento importante por parte do governo na criação de programas de formação em serviço, incidindo as suas ações na formação dos recursos humanos. Entretanto no que concerne aos currículos das instituições de ensino superior, os avanços não podem ser considerados significativos, surgindo como um desafio na formação nesta área. Os currículos analisados apresentam escassos temas sobre segurança do doente e quando o abordam é de uma forma fragmentada, havendo necessidade da inclusão de disciplinas voltadas para esta temática de uma forma estruturada nos programas curriculares da formação profissional das Instituições de Ensino Superior.

No que se refere ao tipo de programas de formação básica a WHO preconiza o Multiprofessional Guide. Quanto à formação contínua Bruneau, (European Network for Patient Safety, 2014), indica a estratificação da formação em três níveis (basic, expert e master). Contudo, assume importância também a avaliação das necessidades formativas das instituições.

Como sugestões, considera-se que seria pertinente analisar as formações realizadas por iniciativa dos profissionais de saúde na área da segurança do doente, como por outro lado, analisar a importância do tema da segurança do doente para os responsáveis pela elaboração dos programas e currículos das instituições escolares envolvidas no estudo, tendo, para o efeito, um guia de entrevista. Para além da participação em programas que privilegiam a formação do ensino em serviço, os docentes das variadas áreas das ciências da saúde poderão apostar mais na formação diferenciada, experiências e práticas de estágios, de vivência nas comunidades e de pesquisa, de modo a poder atingir-se o conhecimento adequado.

Em termos de instituições de saúde, sugere-se a implementação da formação básica (Multiprofessional Guide – WHO) para todos os seus profissionais, como uma forma de se alcançar a homogeneidade de conhecimentos o que permitiria, de forma mais facilitada, a implementação da cultura de segurança do doente.

Acresce referir que a realização deste trabalho permitiu alcançar o objetivo inicialmente delineado e responder às questões de investigação. Todavia, considera-se que a explanação da formação em segurança do doente reside numa fase propedêutica requerendo a continuidade de investimento na área.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a não existência de conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Às instituições que colaboraram permitindo-nos o acesso aos dados para a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020*. Acedido em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>

European Network for Patient Safety . (2014). *Key findings and recommendations on education and training in patient safety across Europe work of the education and training in patient safety subgroup of the patient safety and quality of care working group of the European Commission*. Acedido em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_en.pdf

European Comission . (2014). *Patient Safety in the EU: 2014: What is the issue*. Acedido em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ps2014_infograph_en.pdf

Greenberg, C.C., Regenbogen, S.E., Studdert, D.M., Lipsitz, S.R., Rogers, S.O., Zinner, M.J., & Gawande, A.A. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*,

204(4), 533-540. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17382211>

Lage, M. J. (2010). Segurança do doente: Da teoria à prática clínica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol Temat*(10), 11-6. Acedido em https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/2-Seguranca%20do%20doente_%20da%20teoria%20a%20pratica%20clinica.pdf

Ramos S., & Trindade L. (2013). Incidentes de segurança do doente: Porquê relatar. *Tecno hospital*, 60, 10-16. Acedido em: <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1662/1/Revista%20TecnoHospital-Artigo%20Gest%C3%A3o%20de%20Risco.pdf>

Ribas, M. J. (2010). Eventos adversos em cuidados de saúde primários: Promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 585-589.

Serranheira, F., Sousa-Uva, A., Sousa, P., & Leite E. (2009). Pat Safety: Segurança do doente e saúde e segurança dos profissionais de saúde: Duas faces da mesma moeda. *Saúde & Trabalho : Orgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho*, 7, 5-29. Acedido em: <http://spmtrabalho.com/images/pdf/st07.pdf>

Sousa, P. (2014). *Segurança do paciente: Um panorama europeu*. Acedido em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_5887432.pdf

União Europeia, Conselho. (2014). *Key findings and recommendations on Education and training in patient safety across Europe Work of Education and Training in Patient Safety Subgroup of the Patient Safety and Quality of Care Working Group of the European Commission*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_education_training_en.pdf

United Kingdom, National Patient Safety Agency. (2004). *Seven steps to patient safety: Full reference guide*. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>

World Health Organization. (2011). *Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. Acedido em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf



SAÚDE OCUPACIONAL

FATORES DE STRESS DAS EQUIPAS DE BOMBEIROS EM CONTEXTOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR	319
QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS	327
SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA FUNÇÃO PÚBLICA LOCAL: UMA QUESTÃO DE GÉNERO?	339
EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA	347
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO DA SUA FREQUÊNCIA NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA	359
O EFEITO DO REIKI NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM BURNOUT	367
REIKI COMO TERAPIA NÃO CONVENCIONAL: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS	377
ACIDENTES DE TRÂNSITO ENVOLVENDO CAMIONISTAS: ESTUDO DE REVISÃO DOS FATORES DE RISCO	387
RUÍDO AMBIENTAL VERSUS INFRASOM E RUÍDO BAIXA FREQUÊNCIA - CASO DE ESTUDO DE POPULAÇÃO PRÓXIMA DE TURBINAS EÓLICAS	397

Millenium, 2(ed espec nº1), 319-325.

FATORES DE STRESS DAS EQUIPAS DE BOMBEIROS EM CONTEXTOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

STRESS FACTORS OF FIRST-AID WORK IN PRE-HOSPITAL EMERGENCY SETTINGS

FACTORES DE ESTRÉS EN EL TRABAJO DE PRIMEROS AUXILIOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA PRE-HOSPITALARIOS

António Calha

António Casa Nova

Raul Cordeiro

Ana Lucas

Inês Santos

José Alexandre

Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal



RESUMO

Introdução: Em Portugal a emergência pré-hospitalar é, na maioria das situações, assegurada por bombeiros formados com curso de socorismo e suporte básico de vida e capacitados para assistência de emergência básica.

Objetivo: identificar os principais fatores de stress que afetam estes socorristas não-diferenciados em situações de emergência pré-hospitalar.

Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional com 110 participantes e com recurso a um questionário.

Resultados: Foram identificados vários fatores associados à configuração dos contextos de emergência: em primeiro lugar, a tomada de decisão constitui um momento do processo de socorro potencialmente stressante; em segundo lugar, os resultados evidenciam a forma como a configuração do cenário da ocorrência, nomeadamente a presença de familiares da vítima, pode interferir nos níveis de stress dos socorristas.

Conclusões: A tomada de decisão, designadamente o receio de errar e de ser responsabilizado, bem como a presença dos familiares da vítima, podem interferir nos níveis de socorro dos socorristas.

Palavras-chaves: Stress; Emergência; Bombeiros; Socorro

ABSTRACT

Introduction: In Portugal pre-hospital emergency the first response is typically assured by firefighters as ambulance crew members, trained with basic first-aid and basic life support and capable of basic emergency assistance.

Objective: identify the main stressful factors that affect this non-differentiated ambulance crew members in pre-hospital emergency settings.

Methods: It's a quantitative, descriptive and correlational study with 110 participants, using a survey to identify frequent stress factors.

Results: Several factors associated with the configuration of the emergency settings have been identified: first, the decision-making is a potentially stressful procedure of the rescue process; second, the results show how the configuration of the occurrence scenario, namely the presence of the victim's family, may interfere with the stress levels of rescuers.

Conclusions: Decision making, namely the fear of making mistakes and being held accountable, as well as the presence of the victim's family, may interfere with distress levels of rescuers.

Keywords: Stress; Emergency; Firefighters; Rescue

RESUMEN

Introducción: En Portugal la emergencia pre-hospitalaria es, en la mayoría de las situaciones, proporcionada por los bomberos capacitados con el curso de primeros auxilios y soporte vital básico y capaz de asistencia básica de emergencia.

Objetivo: identificar los principales factores de estrés que afectan a estos equipos de rescate en situaciones de emergencia pre-hospitalaria.

Métodos: Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional con 110 participantes y el uso de un cuestionario.

Resultados: Se han identificado diversos factores asociados a la configuración de las situaciones de emergencia: en primer lugar, la toma de decisiones es un momento potencialmente estresante del proceso de socorro; en segundo lugar, los resultados muestran cómo la configuración del escenario de ocurrencia, es particular, la presencia de la familia de la víctima, puede interferir con los niveles de estrés de los equipos de socorro.

Conclusiones: La tomada de decisión, es decir, el miedo a cometer errores y tener que rendir cuentas, bien como la presencia de la familia de la víctima, puede interferir con los niveles de angustia de los equipos de rescate.

Palabras Clave: Estrés; Emergencia; Bomberos; Socorro



INTRODUÇÃO

O controlo de situações, pelos profissionais de socorro é uma tarefa difícil exigindo processos de tomada de decisão e ação rápidos (Regehr, Hill, Goldberg & Hughes, 2003). Os bombeiros integram o grupo de profissionais que tem responsabilidade de dar resposta a estas situações e, para os quais, o contexto de trabalho pode constituir um risco para a sua saúde, tendo em conta que trabalham em cenários de catástrofe, destruição e que lidam com acontecimentos traumáticos e com o sofrimento dos outros (Vara & Queirós, 2009). Estas características do trabalho tornam os bombeiros mais suscetíveis ao desenvolvimento de stress (Lourel, Abdellaoui, Chevaleyre, Paltrier & Gana, 2008).

O foco desta investigação centra-se na intervenção dos bombeiros em ação de socorro, tendo como objetivo avaliar o nível de stress sentido pelos bombeiros relativamente a diferentes características da situação de emergência.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A história do Socorro em Portugal acompanha a sucessão natural das necessidades decorrentes da evolução demográfica e da expansão das cidades ao longo dos séculos. O primeiro registo histórico está ligado ao rei D. João I, que por carta régia de 25 de Agosto de 1395, e para proteger Lisboa determinou a constituição de um grupo de pessoas destinadas a vigiar e a combater os incêndios (Amaro, 2009), segundo o mesmo autor, a preocupação residia nos incêndios, ocorrendo no reinado de D. Manuel I, e na cidade do Porto, a constituição de uma equipa contratada (fiscais) para verificar se o lume era apagado à noite. Os primeiros “quartéis” foram criados em 1678, no reinado de D. Pedro II, por determinação real de 28 de Março. Era nestes espaços onde era guardado material destinado ao combate aos incêndios, nomeadamente escadas, baldes de couro ou madeira, machados, picaretas, alavancas e arpéus (as primeiras mangueiras) tendo sido deliberada a aquisição de material na Holanda por determinação real de 24/10/1681. No Século XIX assiste-se à constituição de inúmeros Corpos de Bombeiros pelas diversas regiões do país com as mais distintas designações – esquadra da bomba, companhia da bomba, companhia do fogo, companhia da bomba do fogo, companhia de incêndios, serviço de socorro contra incêndios, corpo de bombeiros municipais, etc. (Laranjeira, 2009).

A assistência pré-hospitalar tem início em 1965 com a criação do Número Nacional de Socorro – 115, serviço disponível apenas na cidade de Lisboa, depois alargado ao Porto; Coimbra; Aveiro; Setúbal e Faro (Silva, 1987). De forma a permitir a uniformização do recurso aos meios de emergência médica, em 1998, o número 115 é substituído pelo Número Europeu de Emergência – 112. O Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), foi criado em 1981. Foi nesta fase que se realizaram os primeiros cursos de formação em técnicas de Emergência Médica, dirigidos a médicos e enfermeiros, com colaboração de profissionais do estrangeiro. O SIEM integra vários organismos (PSP, a GNR, o INEM, os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e as Unidades de Saúde), que cooperam com um objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita e, é coordenado pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica) organismo dependente do Ministério da Saúde. O sistema inicia quando alguém liga 112. O atendimento das chamadas cabe à PSP, nas centrais de emergência. Sempre que o motivo da chamada tenha a ver com a saúde, a mesma é encaminhada para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM.

O INEM está sediado em Lisboa e é constituído por três delegações regionais (Norte, Centro e Sul). O modelo de emergência médica Português é influenciado pelo modelo franco-alemão, que se baseia em profissionais de saúde altamente bem preparados, sejam eles médicos, enfermeiros ou técnicos de emergência, que ocorrem ao local do incidente para iniciar o tratamento o mais cedo possível, estabilizar a vítima e, se necessário, proceder ao seu transporte para uma unidade de saúde diferenciada. (Padilha & Coimbra, 2015).

Neste momento, o INEM tem 4 CODU em funcionamento: Lisboa, Porto, Coimbra e Faro. Serviço assegurado, 24 horas por dia onde é efetuado o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro. São os CODU's que coordenam e gerem um conjunto de meios de socorro (motas, ambulâncias de socorro, viaturas médicas e helicópteros), de acordo com alguns critérios: 1) a situação clínica das vítimas; 2) a proximidade do local da ocorrência; 3) a acessibilidade ao local da ocorrência.

Todo o socorro é acompanhado e supervisionado através de informações clínicas recebidas pelas equipas de socorro no terreno. Também é possível gerir o encaminhamento e receção hospitalar das vítimas, com base em critérios clínicos, geográficos e de recursos do hospital de destino. De acordo com a legislação em vigor, compete ao Departamento de Formação em Emergência Médica assegurar a formação dos elementos do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). Todos os tripulantes dos meios afetos ao INEM devem possuir formação específica em técnicas de emergência médica pré -hospitalar, definida e certificada pelo INEM.

O processo de socorro envolve a capacidade de tomada de decisão, sem margem de erro, muitas vezes em situações que carecem de tempo de reflexão e com espaço limitado para indecisões. Trata-se, portanto, de um contexto propício a situações de stress, sendo certo que a forma de lidar com o stress é variável sendo uma aprendizagem fundamental em atividades que lidam com o sofrimento e a morte, como os bombeiros.



Há, ao longo dos tempos múltiplas definições, aplicações, modelos explicativos e teorias do conceito de stress. Elas advêm das mais variadas disciplinas científicas como a física dos materiais, a engenharia, a biologia, a ecologia ou a psicologia. Existem, na literatura, as mais variadas referências ao conceito de stress. No séc. XV era entendido como uma tensão de natureza física, no séc. XVII era entendido como uma dificuldade em sentido lato e nos séc. XVIII e XIX tomou uma dimensão mais humana referindo-se à pressão sobre uma pessoa (Leal, 1995). Para Serra (2007), o conceito de stress foi consolidado, tal como hoje o entendemos, em 1860 por Claude Bernard, tendo sido posteriormente aprofundado em 1934 com Walter Bradford Cannon (Macedo, 2010) e por Hans Seyle, em 1936 (Thoits, 2010). Mais tarde, em 1967, Holmes e Rahe destacaram-se no estudo do stress e em 1984, Lazarus e Folkman, incluíram na caracterização do stress, a influência ambiental.

Segundo Selye (1998), todo o organismo vivo é suscetível ao stress, sendo este caracterizado pelas respostas a acontecimentos que provocam desequilíbrio no bem-estar. Estas respostas visam restabelecer o equilíbrio interno do organismo, a homeostase (Odgen, 2004). Selye conceitualizava, desta forma, o stress como um fenómeno essencialmente fisiológico e orgânico, tendo sido os seus trabalhos considerados pioneiros e os mais marcantes na perspetiva biológica. Selye (1980) descreveu o stress como a manifestação do Síndrome Geral da Adaptação que ocorre em três fases distintas: a reação de alarme, a fase de resistência e a fase de exaustão.

Para Ramos (2001), o stress reside na relação entre o sujeito e o seu meio, e pelo confronto entre a percepção de exigências que o indivíduo tem e que excedem os seus recursos de resposta podendo ameaçar o seu bem-estar. Este desencontro, entre o que o sujeito sente que lhe é pedido e o que julga poder dar, é sinalizada pelo organismo, em toda a sua totalidade, aos níveis fisiológicos (imunológico, neural, hormonal), psicológicos (emocional, cognitivo, comportamental) e sociais (família, trabalho, comunidade). Mais tarde, outros autores como Lazarus e Folkman (1984), vieram considerar o stress como o resultado da interação/transação entre o indivíduo e o ambiente, quando esta interação é avaliada pelo indivíduo como uma ameaça, não havendo recursos ou aptidões para correspondê-la e afetando consequentemente a sua saúde.

No campo profissional, o stress ocupacional tem tido grande relevância na área da investigação, em especial pelo seu impacto económico (Murphy, Hurrell, Sauter, & Keita, 1995). Entre profissionais da área da saúde e proteção civil estes estudos não eram, até há década de 90 do século passado, muito frequentes, apesar da atividade de alto risco (McIntyre, 1994). Há hoje uma sociedade especialmente exigente com os serviços de prestação de socorro e emergência. O clima social global, a densidade populacional ou as ondas de violência de várias ordens são hoje fonte de aumento da frequência de incidentes críticos exigindo uma proteção mais exigente de pessoas e bens bem como de prestação de socorro (Shaffer, 2010).

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo e correlacional com 110 participantes de três corporações de bombeiros.

2.1 Amostra

A amostra por conveniência foi constituída por 110 bombeiros que acederam participar no estudo.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Face aos objetivos da investigação foi utilizado um questionário para recolher os dados utilizados na análise. As questões foram elaboradas com o objetivo de avaliar os principais fatores de stress a que estão sujeitos os bombeiros que participam em serviços de socorro pré-hospitalar. O questionário foi aplicado durante o mês Maio de 2016 em três corporações de bombeiros tendo sido obtidas 110 respostas.

Os inquiridos foram solicitados a responder às questões através de uma escala de tipo Likert, com uma graduação semântica de cinco pontos variando entre 1 (correspondente a nenhum stress) e 5 (correspondente a elevado stress).

2.3 Critérios de Inclusão

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão na amostra: 1) ser bombeiro de uma das três corporações selecionadas; 2) ter participado em pelo menos uma ação de socorro nos últimos 12 meses.



2.4 Procedimentos

O estudo cumpriu os princípios ético que orientam a investigação científica. No processo de recolha dos dados os participantes foram devidamente informados do objetivos da investigação e acederam voluntariamente a participar no estudo. Foi, igualmente, garantido e respeitado o anonimato de todos os participantes.

Na análise dos dados foi utilizado o programa informático SPSS versão 19, tendo por referência, na interpretação dos resultados, um valor de significância $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos na investigação permitem constatar um nível relativamente baixo de stress gerado pelos diferentes fatores típicos de uma situação de emergência (tabela 1). Ainda assim, a presença de familiares no local da ocorrência, o receio de errar na execução de um procedimento numa vítima e o receio de ser criticado pelos técnicos de apoio diferenciado constituem os fatores referidos, pelos inquiridos, como mais stressantes.

Tabela 1 – Nível médio de stress sentido nas diferentes características da situação de emergência

	M. (d.p.)
Presença de familiares no local da ocorrência	2.63 (0.99)
Diferença de opinião entre os membros da equipa de socorristas dos bombeiros	2.55 (0.99)
Presença de técnicos de apoio diferenciado no local da ocorrência	2.16 (1.04)
Receio de errar na execução de um procedimento numa vítima	2.63 (1.08)
Sensação de que o trabalho realizado é avaliado pelos técnicos de apoio diferenciado	2.57 (0.94)
Receio de ser responsabilizado pela execução incorreta de um procedimento numa vítima	2.40 (1.00)
Receio de ser criticado pelos técnicos de apoio diferenciado	2.63 (1.05)

A tabela 2 permite observar os resultados da correlação entre as diferentes variáveis. A análise permite constatar a existência de uma correlação de moderada intensidade entre o receio de errar por parte dos bombeiros em situação de socorro e o receio de ser responsabilizado e uma correção destas variáveis com o receio de ser criticado. Destaca-se, igualmente, a existência de correlação entre a presença de familiares no local da ocorrência e a sensação de que o trabalho é avaliado.

Tabela 2 – Correlação entre os níveis de stress sentido nas diferentes características da situação de emergência

	Presença de familiares	Diferença de opinião	Presença de técnicos	Receio de errar	Sensação de que o trabalho é avaliado	Receio de ser responsabilizado
Diferença de opinião	0.055					
Presença de técnicos	0.125	0.134				
Receio de errar	0.228*	0.300*	-0.016			
Sensação de que o trabalho é avaliado	0.352*	0.146	0.138	0.130		
Receio de ser responsabilizado	0.144	0.134	0.115	0.456*	0.343*	
Receio de ser criticado	0.141	0.002	0.101	0.308*	0.350*	0.393

* $p < 0,05$

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciam duas configurações de elementos potencialmente geradores de stress nas situações de socorro:

1. Em primeiro lugar, destaca-se o facto de o contexto ser, em muitos casos, exigente ao nível da capacidade de decisão e de ação, facto que potencia a responsabilidade da intervenção. O erro na execução de um determinado procedimento constitui um risco de fracasso na prestação do socorro de que pode advir uma responsabilização do socorrista. Nesse sentido, a complexidade da situação e o risco inerente à prestação de socorro associado à consciência de eventuais consequências que possam decorrer de um erro na execução dos procedimentos constituem fatores de stress que vulnerabilizam a intervenção. Na investigação de Schmitz, Clark, Heron, Sanson, Kuhn, Bourne, Guth, Cordover & Coomes (2012), os autores salientam o impacto emocional associado ao fracasso em situações de emergência. A exaustão emocional parece, assim, poder derivar, não só das situações em si, mas também da forma como o socorrista gere os receios das consequências associadas a eventuais erros.

2. Em segundo lugar destaca-se a presença de familiares no local da ocorrência a que se associa a sensação de se ser avaliado na execução dos procedimentos. É reconhecida a forma como a presença de familiares ou amigos constitui um fator de pressão capaz de limitar e perturbar a intervenção. Fernandes (2011), por exemplo, no relato de uma observação de uma intervenção de socorro a um caso de lipotimia descreve a presença de familiares, no caso a mãe, que dificultam a abordagem à vítima, piorando o seu estado ansioso. Ribeiro (2011) afirma que a presença de familiares será tão mais perturbadora quanto “mais dramática a situação e de risco for o estado da pessoa a quem assiste”.

CONCLUSÕES

A prestação de socorro em situações de emergência é pela sua natureza uma operação de cariz imediato com pouco espaço para a hesitação dos elementos das equipas. Ainda que a intervenção esteja protocolada existe a necessidade de adaptação às especificidades do contexto e da ocorrência. A qualidade da intervenção depende de uma diversidade de fatores relevantes para a tomada de decisão e para a atuação. A experiência e o nível de conhecimentos técnicos do socorrista constituem dois aspetos de crucial importância para o sucesso intervenção, ainda assim, existem fatores potenciadores de stress que podem comprometer o trabalho do socorrista.

Esta investigação procurou perceber quais os elementos passíveis de gerar stress durante operações de socorro pré-hospitalar efetuadas por equipas de bombeiros. Dos resultados obtidos destacam-se duas conclusões. Em primeiro lugar, a tomada de decisão constitui um momento do processo de socorro potencialmente stressante. Ainda que a intervenção obedeça a um protocolo, onde se determinam os procedimentos a seguir, o processo de reconhecimento de sinais e sintomas da vítima nem sempre é inequívoco, podendo ocorrer erros de avaliação de que resultam atuações inadequadas. Deste modo, o receio de errar e de ser responsabilizado constitui um elemento stressante na prestação do socorro pré-hospitalar. Em segundo lugar, os resultados evidenciam a forma como a configuração do cenário da ocorrência, nomeadamente a presença de familiares da vítima, pode interferir nos níveis de stress dos socorristas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaro, A. D. (2009). *O socorro em Portugal: Organização, formação e cultura de segurança nos corpos de bombeiros, no quadro da protecção civil* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/23116>

Fernandes, A. F. L. (2012). *Emergência médica pré-hospitalar suporte fundamental de vida* (Relatório de estágio integrado em medicina, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/66074>

Ribeiro, L. (2011). *Socorristas e socorro de urgência, uma abordagem do processo de tomada de decisão imediata*. (Dissertação de Mestrado, Academia Militar de Lisboa). Acedido em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6824/1/versao_final.pdf

Schmitz, G. R., Clark, M., Heron, S., Sanson, T., Kuhn, G., Bourne, C., ... Coomes, J. (2012). Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. *Journal of Emergencies, Trauma, and Shock*, 5(1), 64 .

Laranjeira J. (2009). O socorro e a sua organização. *Territorium, Revista de Riscos, Prevenção e Segurança*, 16, 233-241.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Leal, M. (1995). *Stress e burnout: Estudo comparativo entre médicos de família e outros* (Dissertação de mestrado). Universidade Coimbra, Coimbra.



Lourel, M., Abdellaoui, S., Chevaleyre, S., Paltrier, M., & Gana, K. (2008). Relationships between psychological job demands, job control and burnout among firefighters. *North American Journal of Psychology*, 10(3), 489-496.

Macedo, J. S. (2010). *Stress, qualidade de vida e estilo de vida na reforma* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga.

McIntyre, T. M. (1994). Stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12, (2-3), 193-200.

Murphy, L. R., Hurrell, J. J., Sauter S. L., & Keita, G. P. (1995). *Job stress interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Padilha J., & Coimbra, N. (2015) . The portuguese emergency medical system. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), 255-259.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Editora RH.

Regerh, C., Hill, J., Goldberg, G., & Hughes (2003). Postmortem inquiries and trauma responses in paramedics and firefighters. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(6), 607- 622.

Selye, H. (1998). A Syndrome produced by diverse nocuous agents. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(2), 230-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a>

Selye, H. (1980). Qu'est-ce que le stress? In S. Bensabat, & H. Selye, *Stress* (pp.23-79) Paris: Hachette.

Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Dinalivro.

Shaffer, T. (2010). A comparison of firefighters and police officers: The influence of gender and relationship status. *ADULTSPAN Journal*, 9(1), 36-49.

Silva, F. R., Costa, P. D., & Gonçalves, T. A. (1987). Emergência médica em Portugal: Um longo caminho que já conheceu etapas decisivas. *Emergência Médica*, 8, 2-11.

Thoits, P. A. (2010). Stress and healths: Major findings and policy implications. *Journal of Healths and Social Behavior*, 51(1), 41-53.

Vara, N., & Queirós, C. (2009). Burnout: Um risco no desempenho e satisfação profissional nos bombeiros que trabalham na emergência pré-hospitalar. *Territorium, Revista de Riscos, Prevenção e Segurança*, 16, 173-178.

Millenium, 2(ed espec nº1), 327-336.

QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS

QUALITY OF LIFE IN NURSING

CALIDAD DE VIDA DE LAS ENFERMERAS

Carina Ferreira¹

Eugénia Anes²

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste, Unidade Hospitalar de Mirandela, Portugal

²Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal



RESUMO

Introdução: O conceito de qualidade de vida em enfermagem tem um lugar de grande importância nas organizações de saúde. A qualidade dos serviços de saúde também é medida pela satisfação dos profissionais.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo principal avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), de acordo com as medidas física e mental do SF12, tendo em conta as variáveis de caraterização.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo quantitativo, numa amostra não probabilística, constituída por 124 enfermeiros das três unidades hospitalares da ULSNE. O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes, a primeira parte alude aos dados sociodemográficos e laborais e a segunda parte é constituída por a versão da escala SF12 (Ferreira, 2000). Esta escala é constituída por 12 itens que compõem oito dimensões. Eles são agregados em duas medidas sumário física e mental designadas por MSF e MSM.

Resultados: Os resultados mostraram que existem diferenças estatisticamente significativas na MSF em relação à idade, categoria profissional e regime contratual. Em MSM observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e categoria profissional.

Conclusões: Do nosso estudo concluímos que a identificação dessas relações é muito importante nas organizações de saúde. Facilita a tomada de decisão e, portanto, a prestação de melhores cuidados de saúde.

Palavras-chaves: Qualidade de vida; Enfermeiros

ABSTRACT

Introduction: The concept of quality of life in nursing has a place of great importance in health organizations. The quality of health services is also measured by the satisfaction of professionals.

Objective: This study had as main objective to evaluate the quality of life of nurses from the Local Health Unit of the Northeast (ULSNE), according to the physical and mental of SF12 measures, taking into account the variables of characterization.

Methods: It is a descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Sampling is not probabilistic. The sample consisted of 124 nurses in three hospital units ULSNE. The questionnaire is composed of two parts. The first refers to sociodemographic and labour data and the second part consists of the SF12 scale (Ferreira, 2000) and is composed of 12 items that make up eight dimensions. They are aggregated into two components, physical and mental designated by MSF and MSM.

Results: We found that there are statistically significant differences in MSF with regard to age, professional category and contractual arrangements. In MSM observed statistically significant differences with regard to marital status and profession.

Conclusions: The identification of these relations is very important in health organizations. It facilitates decision making and therefore the provision of better health care.

Keywords: Quality of life; Nurse

RESUMEN

Introducción: El concepto de calidad de vida en cuidados de enfermería ocupa un lugar de primera magnitud en los organismos de salud. La calidad de los servicios de sanidad es también medida por la satisfacción de los profesionales.

Objetivo: Este estudio tenido como objetivo principal evaluar la calidad de vida de los enfermeros de la unidad de salud Local de la noreste (ULSNE), según el físico y mental SF12 medidas, teniendo en cuenta las variables de caracterización.

Métodos: Es un estudio descriptivo y exploratorio con un enfoque cuantitativo. La muestra no es probabilística. La muestra se ha basado en 124 enfermeros en tres unidades hospitalarias ULSNE. El cuestionario se compone de dos partes. La primera trata de los datos sociodemográficos y de trabajo y la segunda consiste en la escala SF12 (Ferreira, 2000) y se compone de 12 elementos que forman ocho dimensiones. Ellos están agregados en dos componentes, físico y mental designados por MSF y MSM.

Resultados: Hemos descubierto que hay diferencias estadísticamente significativas en MSF respecto a la edad, categoría profesional y régimen contractual. En MSM se han observado diferencias estadísticamente significativas respecto al estado civil y profesión.

Conclusiones: La identificación de estas relaciones es muy importante en organismos de salud. Facilita la toma de decisiones y además la prestación de una mejor asistencia sanitaria.

Palabras Clave: Calidad de vida; Enfermero



INTRODUÇÃO

Vivemos num mundo cada vez mais globalizado, exigente e competitivo. Por sua vez, o Homem é avaliado por aquilo que produz, e não, pela forma como desempenha o seu trabalho. O maior determinante de qualidade de vida é o trabalho (Haddad, 2000).

A percepção de Qualidade de Vida relacionada com a saúde tem vindo a assumir relevância crescente enquanto aferidor da qualidade dos serviços e cuidados de saúde, tal como nas áreas económica e social da saúde de um país (World Health Organization Quality of Life, 1995).

A Organização Mundial de Saúde recomenda a medição da qualidade de vida nos seguintes grupos: “pacientes crónicos, familiares do paciente e pessoal de suporte, pessoas em situações extremas, com dificuldade de comunicação e crianças” (Frade, 2010, p.9). Esta investigação incide-se nos profissionais de enfermagem, podendo estes ser considerados, de acordo com os grupos anunciados, como pessoal de suporte.

A qualidade de vida dos enfermeiros pode afetar diretamente o seu desempenho e, por consequência, a qualidade do serviço prestado ao utente.

Em síntese, estabelecemos como objetivo deste estudo: avaliar a qualidade de vida dos enfermeiros em três unidades hospitalares da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na década de 40, emerge pela primeira vez, na literatura médica, o conceito de qualidade de vida. Este termo foi referido pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson em 1964, no seu discurso político (Seidl & Zannon, 2004).

Qualidade de vida é um termo, relativamente, recente e cada vez mais valorizado na nossa sociedade, sendo um conceito dinâmico que se modifica com o decorrer do tempo, com experiências e acontecimentos vivenciados. É algo de subjetivo, uma vez que cada indivíduo tem uma percepção diferente da sua vida e depende das experiências que cada um tem e da importância que lhe atribui.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL], 1994, p. 28).

O conceito de qualidade de vida tem reconhecidamente duas componentes: uma objetiva ou social, que contempla fatores económicos, políticos e ambientais (saúde em geral, nível funcional e socioeconómico) e outra subjetiva ou psicológica que reflete o julgamento pessoal [autoestima, satisfação com a vida e bem-estar (World Health Organization Quality of Life, 1995)].

Também Santos, Martins e Ferreira (2009), vêm de encontro com a definição anterior, pois referem que é um termo de difícil operacionalização, dadas as múltiplas variáveis que compõem o seu significado. Devido a sua multidimensionalidade, engloba tanto componentes objetivas, como a satisfação das necessidades básicas e a funcionalidade, como componentes subjetivas bem-estar, felicidade, amor, prazer e realização pessoal.

Segundo Pais-Ribeiro, “qualidade de vida tornou-se um conceito popular que faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inulta. Todos e cada um sabem o que é a qualidade de vida. Deste modo é fácil estar-se a discutir sobre a qualidade de vida, chegando ou não a acordo, sem que de facto se esteja a discutir um mesmo conceito” (2009, p. 31).

Relativamente ao conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde apresenta-se como um conceito inerente aos cuidados de saúde, podendo assumir dois sentidos distintos: um geral para os cuidados de saúde e um específico associado a cada uma das doenças (Ribeiro, 2005).

Pela sua diversidade, os locais de trabalho representam novos desafios e riscos emergentes para os enfermeiros. Os profissionais de enfermagem estão expostos ao comprometimento de sua qualidade de vida em virtude das particularidades físicas, emocionais e mentais decorrentes do trabalho.

Para o International Centre for Human Resources in Nursing (ICHZN, 2007) os ambientes favoráveis à prática do trabalho de enfermagem desenvolvem esforços para garantir a saúde, segurança e bem-estar dos trabalhadores, melhorar a motivação, produtividade e desempenho destes e organizações.

A qualidade de vida relacionada com o trabalho dos enfermeiros encontra-se condicionada por diferentes áreas de influência, de que são exemplos: o ambiente físico, o ambiente psicosocial e os recursos individuais de saúde (Burton, 2010).

2. MÉTODOS

Conceptualizamos um estudo de cariz descritivo, exploratório do tipo quantitativo, que envolveu uma amostra (não probabilística), constituída por 124 enfermeiros das três unidades hospitalares da ULSNE Recorremos a um instrumento de recolha de dados estruturado em duas partes. A primeira dedicada à

caraterização sociodemográfica e laboral, e a segunda parte integra a escala SF12, constituída por 12 itens que se dividem em oito dimensões. Os itens são respondidos numa escala tipo likert de três ou cinco pontos, em que a pontuações mais elevadas corresponde um melhor estado de saúde. As oito dimensões são: função física (FF), limitações de desempenho devido a problemas físicos (DF) ou emocionais (DE), a intensidade e o desconforto causado pela dor (DR), a saúde em geral (SG), a vitalidade (VT), a função social (FS) e a saúde mental (SM). Estas oito dimensões podem ser agregadas em duas medidas sumário física e mental designadas por MSF (FF, DF, DR e SG) e MSM (SM, DE, FS e VTA).

A colheita de dados decorreu no período compreendido entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro de 2015, obtendo-se uma amostra não probabilística de enfermeiros que exercem funções direcionadas a doentes internados nas três unidades hospitalares da ULSNE. Os procedimentos éticos e legais foram assegurados.

2.1 Amostra

A população deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções no internamento das três unidades hospitalares da ULSNE, num total de 208 enfermeiros (N =208). Desses 208 enfermeiros constituiu-se uma amostra de 124 profissionais (n=124), selecionada pelo método de amostragem aleatória não probabilística. Como referido, participaram neste estudo 124 enfermeiros, dos quais a maioria (82.3%) são do sexo feminino; 74.8% são casados ou vivem em união de facto, 85.5% são licenciados. Quanto à habilitação profissional, 31.5% possuem especialidade, 9.7% mestrado e 46% apenas possuem licenciatura. Na categoria profissional contabilizaram-se 41.1% de enfermeiros e 40.3% de enfermeiros graduados. Os restantes são enfermeiros especialistas ou chefe. Cerca de 98% dos enfermeiros da amostra exercem funções na prestação direta de cuidados e 92% exercem funções numa única entidade empregadora. A maioria dos inquiridos exerce funções na unidade hospitalar de Bragança (58.1%). Quanto à idade dos inquiridos registou-se um mínimo de 23 anos e máximo de 57 anos, sendo a idade média 41.7 anos. Quanto ao tempo de serviço, obteve-se uma variação entre 1 e 34 anos sendo a média 17,1 anos. A maioria dos enfermeiros inquiridos (82.3%) exerce funções em horário por turnos, possui contrato de trabalho em funções públicas (59.7%), têm horário de 40 horas semanais (76.6%) ainda que cerca de 16% trabalhem mais de 40 horas por semana, cerca de 78% não faltaram ao serviço no último ano, e na última avaliação todos os avaliados tiveram satisfaz (94.4%) sendo que os restantes 5.6% não foram avaliados. No que concerne à progressão na carreira a maioria (58.1%) refere que nunca progrediu. Quanto à remuneração mensal, 46.8% auferem entre 1000 e 1200 euros e 34.7% entre 1200 e 1400 euros.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados é composto por duas partes, a primeira parte alude aos dados sociodemográficos (nomeadamente: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, habilitações profissionais, categoria profissional e Unidade Hospitalar) e laborais (tipo de horário, regime contratual, carga horária, última avaliação, última promoção e remuneração mensal) e a segunda parte é constituída por a escala MOS Short-Form Health Survey 12-Item (SF-12). Para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, foi escolhido o instrumento o SF-12 por ser um questionário curto, de fácil aplicação e desenvolvido a partir do Short Form 36 Health Survey Instrument (SF-36), instrumento desenvolvido por Ware, Kosinski e Keller, (1996).

Consiste em um instrumento formado por 12 itens que se dividem em oito dimensões à semelhança da escala SF-36. Os itens são respondidos numa escala tipo likert de três ou cinco pontos. As oito dimensões são: função física (FF), limitações de desempenho devido a problemas físicos (DF) ou emocionais (DE), a intensidade e o desconforto causado pela dor (DR), a saúde em geral (SG), a vitalidade (VT), a função social (FS) e a saúde mental (SM). A dimensão FF destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, em situações do dia-a-dia como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou, até mesmo, carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância. Existem ainda 2 dimensões que medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em realizá-lo. A dimensão DR mede não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal. A dimensão SG mede a percepção holística da saúde, englobando a saúde atual, a resistência à doença e o aspeto saudável. Por outro lado, a VT inclui os níveis de energia e de fadiga e a FS capta a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades. A dimensão SM inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de



controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico.

Estas 8 dimensões podem ser agregadas em 2 medidas sumário física e mental designadas respetivamente, por MSF e MSM. A MSF compreende as dimensões FF, DF, DR e SG e a MSM é constituída pelas dimensões SM, DE, FS e VT.

Os valores das pontuações obtidas são transformados numa escala de 0 a 100, correspondendo o zero ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. A versão portuguesa do SF-12, também desenvolvida a partir da versão portuguesa do SF-36 pelo Centro de Estudo e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, encontra-se adaptada e validada (Ferreira, 2000).

2.3 Procedimentos

Os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, pois, para além, do pedido formal dirigido ao conselho de Administração da ULSNE e à Comissão de Ética da mesma Instituição, houve a preocupação em obter o consentimento do autor para a aplicação do instrumento de avaliação (SF-12), bem como, o consentimento livre de todos os participantes no estudo. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos, e, ainda, foi dada a liberdade de, em qualquer altura, poderem desistir se assim o desejassem.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado usando o programa informático Statiscal Package Social Science versão 19.0

3. RESULTADOS

Na tabela 1, apresentamos a distribuição das respostas para cada um dos itens da escala SF-12.

De uma maneira geral observa-se que os indivíduos da amostra apresentam um bom estado de saúde em geral (item 1) pois o valor médio obtido foi aproximadamente 3. Quanto às atividades do dia-a-dia, itens 2 e 3 com três possibilidades de resposta, a resposta mais frequente foi “não, nada limitado” e como tal os valores médios são superiores a 2,5 o que traduz um bom estado de saúde. Nos itens 4 e 5 a maioria dos indivíduos da amostra respondeu “nunca” o que revela que os seus problemas de saúde não os limitaram nem impediram de fazer as suas atividades diárias. Quanto ao impacto dos problemas emocionais os valores médios obtidos foram superiores a 4 pelo que tiveram pouco impacto no desempenho dos inquiridos. No que concerne ao impacto da dor no dia-a-dia dos inquiridos a maioria respondeu pouco ou nada, e como tal a média observada foi de 4,12. Quanto ao sentir-se “calmo e tranquilo” e “com muita energia” as respostas mais frequentes foram “Algum tempo” e “A maior parte do tempo” traduzindo um valor médio de 3,80 e 3,44 respetivamente. Relativamente a “sentir-se deprimido” o valor médio obtido foi de 4,22 o que traduz como respostas mais frequentes “nunca” e “pouco tempo”. Por último, quanto às limitações na atividade social potenciadas pelo estado de saúde física e emocional, as respostas dadas pelos inquiridos estão repartidas pelas várias possibilidades de resposta, ainda que a mais frequente seja “nunca”. O valor médio obtido neste item foi de 3,90.

Tabela 1 – Distribuição das respostas para cada um dos itens do SF12.

			N	%	Média	Erro padrão
Atividades do dia-a-dia. Será que a sua saúde o limita nestas atividades	1. Em geral a sua saúde é	Fraca	1	0.8		
		Razoável	41	33.1		
		Boa	47	37.9	3.03	0.97
		Muito boa	23	18.5		
		Ótima	12	9.7		
	2. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	Sim, muito limitado	52	74.0		
		Sim, um pouco limitado	29	23.4	2.69	0.55
		Não, nada limitado	90	72.6		
	3. Subir vários lanços de escadas	Sim, muito limitado	4	3.2		
		Sim, um pouco limitado	28	22.6	2.71	0.52
		Não, nada limitado	92	74.2		

Nas últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados como consequência da sua saúde	4. Fez menos do que queria	Sempre	1	0.8		
		A maior parte do tempo	3	2.4		
		Algum tempo	22	17.7	4.31	0.90
		Pouco tempo	29	23.4		
		Nunca	69	55.6		
	5. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou outras atividades	Sempre	1	0.8		
		A maior parte do tempo	3	1.6		
		Algum tempo	21	19.4	4.29	0.89
		Pouco tempo	40	24.2		
		Nunca	59	54.0		
Nas últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados devido a quaisquer problemas emocionais	6. Fez menos do que queria	Sempre	1	0.8		
		A maior parte do tempo	3	2.4		
		Algum tempo	21	16.9	4.23	0.88
		Pouco tempo	40	32.3		
		Nunca	59	47.6		
	7. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	Sempre	0	0		
		A maior parte do tempo	0	0		
		Algum tempo	17	13.7	4.44	0.73
		Pouco tempo	35	28.2		
		Nunca	72	58.1		
8. Durante as últimas 4 semanas de que forma a dor interferiu com o seu trabalho normal (doméstico e trabalho fora de casa)		Imenso	1	1.6		
		Bastante	6	4.8		
		Moderadamente	17	13.7	4.12	0.93
		Pouco	49	39.5		
		Absolutamente nada	50	40.3		
Nas últimas 4 semanas como se sentiu e como lhe correram as coisas	9. Calmo e tranquilo	Nunca	0	0		
		Pouco tempo	7	5.6		
		Algum tempo	32	25.8	3.80	0.79
		A maior parte do tempo	64	51.6		
		Sempre	21	16.9		
	10. Com muita energia	Nunca	3	2.4		
		Pouco tempo	15	12.1		
		Algum tempo	42	33.9	3.44	0.91
		A maior parte do tempo	52	41.9		
		Sempre	12	9.7		
11. Deprimido	11. Deprimido	Sempre	0	0		
		A maior parte do tempo	5	4.0		
		Algum tempo	16	12.9	4.22	0.82
		Pouco tempo	50	40.3		
		Nunca	53	42.7		

Nas últimas quatro semanas até que ponto a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social	Sempre	3	2.4		
	A maior parte do tempo	16	12.9		
	Algum tempo	24	19.4	3.90	1.16
	Pouco tempo	29	23.4		
	Nunca	52	41.9		

Na tabela 2, apresentamos a distribuição dos 12 itens pelas respetivas dimensões e componentes, assim como a variação registada na amostra em estudo, média e erro padrão (As pontuações de cada dimensão foram normalizadas de 0 a 100 pontos). Quanto mais alta for a pontuação melhor será o estado de saúde do indivíduo. Destacam-se, pelo sentido positivo, as dimensões FF, DF e DE com valores médios superiores a 80 pontos. Os valores médios mais baixos foram registados nas dimensões SG e VT.

A consistência interna das duas componentes foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach e os valores obtidos estão compreendidos entre 0,8 e 0,9 o que traduz uma consistência muito boa.

Tabela 2 – Componente física e mental da escala SF-12 mensuradas numa escala de 0 a 100 pontos

		Itens	Min.	Máx.	Média	Erro padrão
MSF (alfa Cronbach 0,853)	Função física (FF)	2, 3	0	100	84.88	24.7
	Desempenho físico (DF)	4, 5	0	100	82.46	21.5
	Dor (Dr)	8	0	100	78.02	23.3
	Saúde em geral (SG)	1	0	100	50.81	24.3
MSM (alfa Cronbach 0,843)	Vitalidade (Vt)	10	0	100	61.09	22.8
	Função social (FS)	12	0	100	72.38	29.0
	Desempenho emocional (DE)	6, 7	25	100	83.47	19.0
	Saúde mental (SM)	9, 11	25	100	75.20	17.5

Dada a grande heterogeneidade dos grupos, a não verificação do pressuposto de normalidade, na análise das componentes da Qualidade de vida em relação às variáveis de caracterização foram utilizados testes não paramétricos. O nível de significância adotado foi de 5%.

Quanto à variável sexo, são os homens que apresentam melhores pontuações, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas.

A variável idade foi operacionalizada em seis faixas etárias e, na componente física o valor de prova obtido é inferior a 0.001 pelo que há diferenças entre os grupos. De notar que os enfermeiros mais jovens apresentam melhor desempenho físico, mas apenas 23% da variância da variável MSF é explicada pela variável idade. Na componente mental, as diferenças observadas entre as várias faixas etárias não estatisticamente significativas pois o valor de prova obtido é superior a 5%, mas observou-se que os mais velhos são os que apresentam melhor desempenho mental.

Relativamente ao estado civil conclui-se que há diferenças estatisticamente significativas na componente mental observando-se que os viúvos apresentam maior desempenho mental, mas apenas 7,5% da variabilidade da MSM se deve a esta variável.

Na componente física as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas, mas ainda assim os solteiros são os que apresentam valor médio/mediano mais elevado e consequentemente melhor desempenho.

No que concerne à habilitação profissional e habilitação académica não se registaram desempenhos diferentes entre os grupos em nenhuma das duas componentes (valores de prova superiores a 5%).

Quanto à categoria profissional os valores de prova obtidos nas duas componentes permitem-nos concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Nas duas componentes destacam-se os enfermeiros, ainda que, com o melhor desempenho físico e o pior desempenho mental.

Na unidade hospitalar e tipo de horário não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as várias unidades nas

duas componentes.

Por último, na variável regime contratual foram comparados apenas os grupos mais representativos (CIT e CTFP). Na componente física, os enfermeiros com CIT apresentam um desempenho estatisticamente melhor do que os CTFP, mas apenas 14% da variabilidade é explicada por esta variável. Na componente mental as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 3 - Comparação das duas componentes quanto ao sexo, idade, estado civil, habilitação profissional, habilitação académica, categoria profissional, unidade hospitalar, tipo de horário e regime contratual

	MSF			MSM		
	M (dp)	Mediana	Valor prova	M (dp)	Mediana	Valor prova
Sexo						
Masculino	53.59 (6.51)	54.50		52.83 (7.38)	53.3	
Feminino	49.23 (9.59)	51.03	0.067	49.39 (9.74)	50.1	0.138
Idade						
Menos de 30 anos	57.78 (6.19)	58.5		44.45 (10.95)	45.1	
30 a 34 anos	56.23 (6.36)	55.8		48.12 (8.73)	47.4	
35 a 39 anos	50.99 (8.89)	52.2	0,000*	48.70 (11.10)	49.9	
40 a 44 anos	49.91 (9.04)	51.0	Eta2=23%	50.48 (8.40)	50.9	0.286
45 a 49 anos	44.66 (7.06)	44.4		51.40 (10.17)	53.7	
50 ou mais anos	46.88 (9.95)	48.3		52.54 (7.43)	53.1	
Estado civil						
Solteiro	54.68 (7.77)	58.2		46.47 (10.17)	48.4	
Casado/união de facto	49.39 (9.25)	51.6	0.077	51.00 (9.02)	50.9	0,007*
Viúvo	47.91 (9.87)	51.2		56.02 (5.60)	55.4	Eta2=7,5%
Separado/Divorciado	48.48 (9.99)	47.6		43.25 (9.43)	39.7	
Habilidação profissional						
Pós-graduação	50.37 (8.56)	51.3		50.29 (7.54)	49.6	
Especialista	50.87 (8.67)	52.5		51.20 (10.33)	54.6	
Mestrado	47.10 (13.85)	50.5	0.897	50.02 (9.21)	51.6	0.706
Apenas licenciatura	49.91 (8.79)	50.6		49.10 (9.44)	49.7	
Habilidação académica						
Bacharelato/Licenciatura	50.27 (8.72)	52.0		50.00 (9.42)	50.4	
Mestrado	48.20 (12.46)	50.5	0.814	49.96 (9.80)	50.5	0.973
Categoria profissional						
Enfermeiro	53.49 (8.41)	54.9		47.43 (10.21)	47.3	
Enfermeiro graduado	46.95 (1.24)	47.5	0,000*	51.75 (7.60)	51.0	0,044*
Enfermeiro especialista/chefe	48.89 (9.75)	52.2	Eta2=4%	51.89 (10.27)	55.4	Eta2=12%
Unidade hospitalar						
Bragança	49.94 (9.50)	51.5		49.50 (9,77)	50.4	
Mirandela	47.32 (9.80)	50.2	0.086	51.94 (8,43)	53.1	0.514
Macedo de Cavaleiros	53.30 (6.79)	54.0		49.23 (9,55)	50.0	

Fixo	49.47 (10.85)	51.5	0.945	47.81 (12,21)	48.3	
Turnos	50.11 (8.93)	52.1		50.47 (8,72)	50.7	0.401
Regime contratual						
CIT	53.99 (8.33)	55.2	0,000*	47.64 (10,97)	48.3	
CTFP	47.34 (9.06)	48.2	Eta2=14%	51.43 (8,24)	52.0	0.071

4. DISCUSSÃO

Oler, Jesus, Barboza e Domingos (2005) corroboram os resultados da presente investigação, onde também foram encontradas melhores pontuações na percepção da qualidade de vida nas dimensões: função física, desempenho físico e desempenho emocional, há exceção, do desempenho emocional que evidenciou valores inferiores. Por outro lado, em estudos desenvolvidos por Franco, Barros e Nogueira. (2005), Oler et al (2005) e de Talhaferro, Barboza e Domingos (2006), a dimensão vitalidade obteve valores inferiores, tal como na esta investigação, em que a dimensão Saúde em geral (SG) e Vitalidade apresentaram piores pontuações.

Em síntese, importa realçar que tal neste estudo, também nos outros referidos, a percepção de melhor qualidade de vida predomina na dimensão da função física e de menor na função vitalidade.

CONCLUSÕES

A avaliação da qualidade de vida é um indicador positivo dos cuidados de saúde. Face à sua importância esta avaliação deveria fazer parte integrante da tomada de decisão, o que levaria, a uma melhor prestação de cuidados de saúde.

A qualidade de vida dos enfermeiros, pode afetar diretamente o seu desempenho e, por consequência, a qualidade do serviço prestado ao utente.

É visível a relação dos fatores sociodemográficos e laborais, nos índices de qualidade de vida relacionados com a saúde destes profissionais. Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas na MSF em relação à idade, categoria profissional e regime contratual. Em MSM observam-se diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil e categoria profissional.

Pensa-se que através desta investigação se tenha contribuído cientificamente para a compreensão do tema e problemática da qualidade de vida. Assim, a avaliação deste indicador é de extrema relevância ao nível da gestão e da tomada de decisão. Pelo que os resultados desta investigação serão apresentados às Instituições participantes.

Neste contexto, e como sugestão para futuras investigações seria pertinente desenvolver investigação de carácter longitudinal, a fim de monitorizar a qualidade de vida dos enfermeiros ao longo do percurso profissional procurando identificar fatores favorecedores da qualidade de vida destes profissionais, bem como a identificação das variáveis que a afetam.

As limitações encontradas ao longo da realização desta investigação foi o facto de o estudo ser de carácter exploratório. Não existem muitos estudos na área da qualidade de vida dos enfermeiros, utilizando a escala SF-12. Desta forma, tudo o que foi referido anteriormente provocou algumas limitações no nosso estudo, designadamente ao nível da revisão da literatura e consequentemente na discussão dos resultados.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

AGRADECIMENTOS

Não podemos deixar de expressar o nosso sincero agradecimento a todos os enfermeiros a exercer funções nos serviços de internamento da ULSNE, por todo o apoio e disponibilidade que permitiram a recolha dos dados utilizados neste estudo.

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Burton, J. (2010). *WHO Healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practice*. Geneva: WHO. Acedido em http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I, adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 55-66.

Frade, J. T. (2010). *ANÁLISE ESTATÍSTICA DO INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE E DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DOS PORTUGUESES* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/14365>

Franco, G. P., Barros, A. L., & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*(2), 139-144. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a02.pdf>

Haddad, M. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde, 1*(2), 75-88.

International Centre for Human Resources in Nursing. (2007). *Entornos positivos para la práctica profesional*.

Oler, F., Jesus, A., Barboza, D., & Domingos, N. (2005). Qualidade de vida da equipe de enfermagem do centro cirúrgico. *Arquivos Ciências da Saúde, 12*(2), 102-110.

Pais-Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes, *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso

Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Avaliação em saúde e qualidade de vida. In *Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida* (pp. 57-66). Porto: Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida da Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Santos, C., Martins, T., & Ferreira, T.R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In *Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, Saúde e qualidade de vida: Estado da arte* (pp. 15-27). Porto: ESEP.

Seidl, E., & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspetos conceptuais e metodológicos. *Cadernos Saúde Pública, 20*(2), 580-588.

Talhaferro, B., Barboza, D. B., & Domingos, N. A. M. (2006). Qualidade de vida da equipe de enfermagem da central de materiais e esterilização. *Ciências Médicas, 15*(6), 495-506.

Ware, J. E. Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care, 34*(3), 220-233.

The World Health Organization Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56. Acedido em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.1994.11449286>

The World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The world health organization quality of life assessment, WHOQOL: Position paper from the world health organization. *Social Science e Medicine, 41*(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K

Millenium, 2(ed espec nº1), 339-345.

SATISFAÇÃO NO TRABALHO NA FUNÇÃO PÚBLICA LOCAL: UMA QUESTÃO DE GÉNERO?

JOB SATISFACTION IN CIVIL SERVICE WORKERS: A GENDER ISSUE?

SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO EN LUGAR CIVIL: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO?

Elaine Forte^{1,2}

Maria Manuela Martins²

Maria Clara Monteiro²

Denise Pires¹

Elisabete Borges²

¹Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal



RESUMO

Introdução: A Satisfação no trabalho é uma variável que influencia o sucesso das organizações e entre as determinantes de satisfação no trabalho, o género aparece como uma das determinantes pré-estabelecidos.

Objetivo: descrever as diferenças de género face à satisfação no trabalho e explorar a satisfação no trabalho com as condições sociodemográficas dos trabalhadores e seus familiares.

Métodos: Pesquisa quantitativa, descriptiva e exploratória, com colheita de dados a trabalhadores de um município de Portugal realizada através de questionário estruturado com escala de satisfação no trabalho (S20/23). A amostra foi constituída por 616 participantes de 1343 trabalhadores, com erro amostral de 4% e intervalo de confiança de 99%, representado 45,86% do total.

Resultados: Considerando a satisfação nas componentes: Satisfação com as relações hierárquicas; Satisfação com o ambiente físico do trabalho e com as condições intrínsecas ao trabalho, constatou-se que a distribuição da satisfação global no trabalho, da satisfação com o ambiente físico de trabalho, com as relações hierárquicas e de satisfação com as condições intrínsecas ao trabalho é igual para homens e mulheres.

Conclusões: Embora haja diferenças entre as médias na satisfação global entre homens e mulheres, a diferença não é significativa, o que permite afirmar que o género não influencia na satisfação no trabalho.

Palavras-Chave: Satisfação no trabalho; Género e saúde

ABSTRACT

Introduction: The Job satisfaction is a variable that influences the success of organizations and among the determinants of job satisfaction, gender appears as one of the pre-established determinants.

Objective: describe gender differences face to job satisfaction and explore job satisfaction with the sociodemographic conditions of workers and their families.

Methods: quantitative, descriptive and exploratory, with data collection with employees of a municipality of Portugal held by structured questionnaire with satisfaction scale at work (S20 / 23). The sample consisted of 616 participants 1343 workers, with a sampling error of 4% and 99% confidence interval, represented 45.86% of the total.

Results: Considering the satisfaction components: satisfaction with hierarchical relations; Satisfaction with the physical work environment and the intrinsic conditions to work, it was found that the distribution of the overall job satisfaction, satisfaction with the physical working environment, with hierarchical and satisfaction relations with the intrinsic conditions to work is same for men and women.

Conclusions: Although there are differences between the average in overall satisfaction between men and women, the difference is not significant, which allows to affirm that gender does not influence job satisfaction.

Keywords: Job satisfaction; Gender and health

RESUMEN

Introducción: La satisfacción laboral es una variable que influye en el éxito de las organizaciones y entre los determinantes de la satisfacción en el trabajo, aparece el género como uno de los determinantes preestablecidos.

Objetivo: describir las diferencias de género se enfrentan a la satisfacción en el trabajo y explorar satisfacción en el trabajo con las condiciones sociodemográficas de los trabajadores y sus familias.

Métodos: cuantitativo, descriptivo y exploratorio, con la recogida de datos con los empleados de un municipio de Portugal en poder de cuestionario estructurado con escala de satisfacción en el trabajo (S20 / 23). La muestra consistió en 616 participantes 1343 trabajadores, con un margen de error de 4% y un intervalo de confianza del 99%, representó 45.86% del total.

Resultados: Teniendo en cuenta los componentes de satisfacción: la satisfacción con las relaciones hierárquicas; La satisfacción con el entorno físico de trabajo y las condiciones intrínsecas al trabajo, se encontró que la distribución de la satisfacción en el trabajo en general, la satisfacción con el ambiente físico de trabajo, con las relaciones jerárquicas y la satisfacción con las condiciones intrínsecas al trabajo es igual para hombres y mujeres.

Conclusiones: A pesar de que existen diferencias entre la media de satisfacción general entre hombres y mujeres, la diferencia no es significativa, lo que permite afirmar que el género no influye en la satisfacción laboral.

Palabras clave: Satisfacción en el trabajo; Género y salud



1. INTRODUÇÃO

A satisfação no trabalho tem sido amplamente estudada em diversas áreas por ser entendida como um importante componente de motivação para o aumento de produtividade, para a permanência no trabalho e para a redução de absentismo nas organizações. A satisfação pode ser compreendida, em termos gerais, como um estado emocional de prazer que resulta da relação entre o indivíduo com o seu trabalho. Conceitualmente, a satisfação no trabalho procura a subjetividade dos indivíduos, tornando-a um fenómeno complexo e de difícil definição, que varia de pessoa para pessoa, por meio de diferentes contextos e circunstâncias (Renner, Taschetto, Baptista, & Basso, 2014).

O modo de produção capitalista tem influenciado o confronto entre a subjetividade do trabalhador e as condições de trabalho, bem como com as relações com a organização do trabalho, gerando sofrimento e insatisfação (Merlo & Mendes, 2009). A satisfação no trabalho tem sido cada vez mais associada à saúde do trabalhador, pelo aumento da qualidade de vida e a diminuição dos índices de adoecimento físico e mental, que se traduzem na forma de absentismo, rotatividade, acidentes de trabalho, greves, entre outros (Fernandes, Miranzi, Iwamoto, Tavares, & Santos, 2010). Nesse sentido, a satisfação é influenciada por forças internas e externas ao ambiente de trabalho, e portanto, tem sido considerada uma variável muito estudada no domínio das organizações, pois está diretamente associada ao desempenho dos trabalhadores (Renner et al, 2014).

Entre todas as determinantes de satisfação no trabalho, o género aparece como uma das determinantes pré-estabelecidas, no qual o género feminino tende a sentir mais satisfação com o trabalho (Sloane & Williams, 2000). Essa tendência pode ser explicada pela possibilidade de que as mulheres possuem menores expectativas em relação ao seu trabalho, quando comparadas às expectativas do género masculino, tornando os homens mais difíceis de serem satisfeitos (Clark, 1997). Portanto, embora não seja unanimidade entre os estudos de satisfação, há evidências de que existe essa diferença nos níveis de satisfação em função do género (Carrillo, 2011; Saletti-Cuesta, Delgado, Ortiz-Gómez, López, & Fernández, 2013; Ramírez & Lee, 2011).

Todavia, estudos que investigaram a satisfação no trabalho no serviço público, encontraram resultados que se referem, mais precisamente, às questões da organização, da gestão e das condições de trabalho. Entre esses estudos, todos realizados com trabalhadores do serviço público, Ladeira, Sonza e Berte (2012) comprovaram que a satisfação é influenciada diretamente pelas características do trabalho, no que tange à rotina, à especificidade do trabalho e dos recursos humanos. Quevedo, Souza e Lima (2012) identificaram alto grau de satisfação na presença dos fatores higiénicos e motivacionais de Herzberg, ao alcançar a satisfação tomando por base as necessidades de Maslow e, consequentemente, influenciando de maneira positiva o desempenho dos trabalhadores. Baseado, também, nas teorias Herzberg e Maslow, Brandão, Lima, Cabral, Santos, & Pessoa (2014) evidenciaram que a maior satisfação dos trabalhadores está relacionada com o relacionamento interpessoal e com os fatores higiénicos, assim como o tipo de atividade desempenhada, as responsabilidades e a realização profissional.

Diante do contexto apresentado no que diz respeito à satisfação no trabalho no setor público e a influência das questões de género, este estudo trata dos seguintes objetivos: Descrever as diferenças de género face à satisfação no trabalho e Explorar a satisfação no trabalho com as condições sociodemográficas dos trabalhadores e familiares dos trabalhadores.

2. MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa de carácter descritivo exploratório, pelo que se delineou as seguintes hipóteses: Há diferenças entre a funcionalidade familiar e a satisfação global no trabalho? A distribuição de satisfação global no trabalho é igual para homens e mulheres?

2.1 Amostra

A população do estudo são trabalhadores de um município do norte de Portugal que, na data da colheita de dados era constituída por 1.343 trabalhadores, sendo 616 os participantes, o que garante um erro amostral de 4% com um intervalo de confiança de 99%, representado 45,86% do total do universo. A colheita de dados foi realizada por meio de questionário de auto preenchimento aplicado entre outubro de 2015 e janeiro de 2016 a todos os trabalhadores do Município.

As variáveis em estudo foram: sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade); condições de trabalho (categoria profissional, tipo de contrato, horário realizado); condições familiares (dependentes a cargo, características da família, funcionalidade familiar - APEGAR) e Satisfação no trabalho (S20/23).



2.2 Instrumento de recolha de dados

A escala de Satisfação no Trabalho utilizada é a versão reduzida do Questionário S4/82, desenvolvido por Meliá, Peiró e Calatayud (1986) denominada S20/23, cujas propriedades psicométricas do Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23) foram estudadas por Carlotto e Câmara (2008). Esta escala avalia a satisfação no trabalho segundo um modelo teórico de cinco dimensões, a partir de 23 itens: satisfação com a supervisão; satisfação com o ambiente físico de trabalho; satisfação com os benefícios e políticas da organização; satisfação intrínseca do trabalho; e, satisfação com a participação. Contudo, depois deste estudo mais recente, o resultado desta escala possui apenas três dimensões: Satisfação com as Relações Hierárquicas, Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho e Satisfação Intrínseca no Trabalho.

Sendo de referir que a Satisfação com as Relações Hierárquicas é medida a partir das questões: (18) Apoio recebido das instâncias superiores; (17) Igualdade de tratamento e sentido de justiça; (21) Possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho; (20) Participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho; (14) Supervisão sobre o trabalho que realiza; (16) Forma como avaliam e julgam o seu trabalho; (13) Relações pessoais com as instâncias de poder; (22) Modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos; (23) Forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios; (15) Periodicidade da supervisão e (19) Possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho.

A Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho é medida a partir das questões: (09) Ventilação do local de trabalho; (08) Iluminação do local de trabalho; (07) Ambiente e espaço físico do local de trabalho; (10) Climatização do local de trabalho e (06) Higiene e salubridade do local de trabalho.

Por último, a Satisfação Intrínseca no Trabalho: (03) Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta; (02) Oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca; (05) Objetivos e metas que deve alcançar e (01) Trabalho enquanto propiciador de realização.

2.3 Procedimentos

A versão S20/23 (Meliá, Peiró & Calatayud, 1986) foi elaborada mediante um criterioso processo de análise e seleção de itens baseados em orientações conceituais e resultados empíricos (Meliá et al, 1990). Essa versão reduzida demonstrou boa consistência interna com um valor do alfa de Cronbach 0,91 no estudo de Carlotto e Câmara (2008), e na amostra em estudo foi de 0,94 no global, o que garante a fidelidade da avaliação.

3. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 294 mulheres (47,7%) e 322 homens (52,3%) com idades compreendidas entre os 20 e 69 anos cuja média se situa nos 46 anos e a moda nos 52, o desvio padrão das idades foi de 9,9 anos. Verificamos que mais de metade da amostra tem formação superior à escolaridade mínima, ou seja, 26,5% tem o 12º ano ou equivalente e 25,6% é licenciado, contudo apenas 4,9% tem mestrado. A distribuição das categorias profissionais tomam maior representação (42,6%) nos assistentes operacionais seguindo-se os técnicos superiores com 22,3%.

As famílias dos trabalhadores da amostra têm representações diferentes entre os géneros sendo que nas mulheres, maioritariamente, são nucleares (79,6%), seguindo-se as monoparentais de 8,4% e as unipessoais de 5,2% e, nos homens 70,2% de famílias nucleares, 14,9% monoparentais e 6,5% unipessoais. A natureza da união familiar é semelhante, sendo o casamento o mais representativo na distribuição de 83,9% nas mulheres e 82,4% nos homens. As mulheres e homens dizem ter mais dependentes a cargo respectivamente (56,5%) nas mulheres e 55% nos homens. A funcionalidade familiar também é percebida com percentagens próximas, sendo que 85,1% das mulheres consideram a sua família funcional e 83,2% dos homens.

Tabela 1 – Representação das famílias dos homens e mulheres trabalhadores do município

Sexo	Monoparental	Família Nuclear	Tipo de família			Total
			Família Recasada/ reconstituída	Família alargada	Família unipessoal	
Feminino	21	199	8	9	13	250
Masculino	41	193	7	16	18	275
Total	62	392	15	25	31	525



O tipo de horário praticado é semelhante entre homens e mulheres com pequenas diferenças, sendo que o horário mais praticado é o rígido ocorrendo em 54,4% das mulheres e 50,8% dos homens, seguindo-se o horário por turnos com a representação de 16% nas mulheres e 11,2% nos homens, o horário flexível ocorre em 14,9% das mulheres e em 12,8% dos homens. A isenção de horário, embora com baixa representação, tem a tendência contrária dos restantes horários sendo a maior representação nos homens com 3,5% e nas mulheres com 1,1%.

Aprofundando a análise de acordo com as variáveis e considerando as variáveis nominais sexo e sócio demográficas com recurso aos testes de F_i e um V de Cramer verificamos haver associação entre sexo e escolaridade $p < 0,000$, associação entre sexo e categoria profissional $p < 0,001$ e, entre sexo e o tipo de contrato $p < 0,000$.

Analizada a satisfação tendo em conta as relações hierárquicas, verificamos haver diferenças entre homens e mulheres e, assim: em relação ao apoio recebido das instâncias superiores, a maior representação é no parcialmente satisfeito sendo que os homens surgem em 42,3% e as mulheres em 39,9%; a igualdade de tratamento e sentido de justiça é sentida para as mulheres como parcialmente satisfeitas em 36,5% e para os homens em 33,8%, aproximando-se as frequências dos totalmente satisfeitos apenas com uma diferença de 1,1%; sobre a possibilidade que lhe dão em participar nas decisões da área de trabalho, ambos os sexos selecionam com maior incidência o parcialmente satisfeitos com a representação para homens (42,1%) e mulheres (42,1%); a participação nas decisões na organização ou na sua área de trabalho, mais uma vez a representação é próxima entre os sexos para o parcialmente satisfeito com a representação para homens (39,1%) e mulheres (40,8%); a supervisão sobre o trabalho que realiza é percebida de forma semelhante, sendo a mais representativa no parcialmente satisfeito homens (45,5%) e mulheres (44,7%); sobre a satisfação da forma como avaliam e julgam o seu trabalho também se situam no parcialmente satisfeitos respetivamente homens (38,6%) e mulheres (42,1%); as relações pessoais com as instâncias de poder no parcialmente satisfeitos respetivamente homens (46,6%) e mulheres (45,1%); o modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos aumenta a distância entre opiniões sobre o parcialmente satisfeito sendo homens (34,5%) e mulheres (40,2%); a forma como se processam as negociações sobre a contratação de benefícios as maiores percentagens situam-se indiferente, tendo a representação para homens (39,7%) e para mulheres (37,9%).

Acerca da periodicidade da supervisão também as maiores percentagens ficam indiferente tendo a representação homens (41,9%) e mulheres (39,2%); a possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho as maiores percentagens ficam no parcialmente satisfeitos tendo a representação de homens (41,6%) e de mulheres (47,3%); com as oportunidades de formação e atualização, as maiores percentagens ficam no parcialmente satisfeitos tendo a representação homens (33,5%) e mulheres (36,3%); com as oportunidades de evolução na carreira 26,8% dos homens estão totalmente insatisfeitos enquanto as mulheres apresentam igual valor (29,3%) para totalmente insatisfeito e a mesma percentagem para parcialmente insatisfeito.

Analizada a Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho verificamos que sobre: ventilação do local de trabalho a maior percentagem situa-se no parcialmente satisfeito sendo esta representada por 33% dos homens e 38,3% das mulheres; a iluminação do local de trabalho, 38,3% dos homens está totalmente satisfeito e as mulheres em maior percentagens situam-se no parcialmente satisfeito com 43,1%; ambiente e espaço físico do local de trabalho as maiores percentagens situam-se para homens (43,1%) e mulheres (51,0%) no parcialmente satisfeitos; a climatização do local as maiores percentagens situam-se para homens (35,9%) e mulheres (39,2%) no parcialmente satisfeitos; higiene e salubridade do local de trabalho as maiores percentagens situam-se para homens (43,2%) e mulheres (49,5%) no parcialmente satisfeitos.

Por último, analisando a Satisfação Intrínseca no Trabalho verificamos que sobre: oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas de que gosta, as maiores percentagens situam-se para homens (42,6%) e mulheres (52,7%) no parcialmente satisfeitos; oportunidades que o trabalho oferece de fazer coisas nas quais se destaca, maiores percentagem situam-se para homens (47,5%) e mulheres (48,9%) no parcialmente satisfeitos; com o salário recebido maiores percentagem situam-se para homens (34,0%) e mulheres (36,1%) no totalmente insatisfeitos; quanto aos objetivos e metas que devem alcançar são percebidos entre ambos os sexos muito próximos e em maiores percentagens no parcialmente satisfeitos para homens (48,6%) e mulheres (48,8%); o trabalho enquanto propiciador de realização, maiores percentagens situam-se para homens (48,9%) e mulheres (52,6%) no parcialmente satisfeitos.

Analizando a satisfação nas componentes com recurso à análise estatística não paramétrica com a aplicação do teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes verificamos: Satisfação com as relações hierárquicas (0,429); Satisfação com o ambiente físico do trabalho (0,938) e com as condições intrínsecas ao trabalho (0,966), bem como com a satisfação global (0,598), pelo que podemos afirmar que não há diferenças significativas de satisfação no trabalho, nesta amostra de trabalhadores deste município, e o seu sexo.

Depois de analisadas as diferenças entre os sexos com a satisfação passamos a analisar a satisfação global com a funcionalidade familiar considerando amostras independentes, pois verificamos que homens e mulheres apresentam diferenças nas sua constituição familiar. Contudo a funcionalidade percebida por homens e mulheres é próxima, em media os homens apresentam



8,30 pontos e as mulheres 8,48 pontos, o que nos indica que em média uns e outros percebem as suas famílias como funcionais. Analisadas as diferenças entre homens e mulheres com recurso ao Teste T para amostras independentes verificamos que não há diferenças entre uns e outros quando analisadas estas duas variáveis.

4. DISCUSSÃO

Para a discussão destes resultados, é preciso ter em consideração que os participantes são oriundos do setor de serviços e vinculados a uma organização pública, um município de médio porte com cerca de 133 mil habitantes. E, portanto, essa característica amostral é relevante, uma vez que o setor de atuação e o tipo de organização podem influenciar a satisfação no trabalho.

As famílias dos participantes deste estudo foram percebidas, maioritariamente, como funcionais, e ao analisar conjuntamente com outras variáveis, não confirmou a primeira hipótese deste estudo, ao revelar que a funcionalidade familiar não está associada à satisfação no trabalho. A variável género, não foi confirmada como preditora de satisfação neste estudo, como apontado por Chaves, Ramos e Figueiredo (2011), descartando a segunda hipótese deste estudo. Entretanto, há disparidade nas relações hierárquicas, em que a maior diferença entre homens e mulheres foi constatada na forma como avaliam e julgam o seu trabalho, no modo como são cumpridas as normas legais e os acordos coletivos e na possibilidade de decidir com autonomia sobre o próprio trabalho.

Nesse sentido, Ladeira, Sonza e Berte (2012) atestaram que em trabalhadores do serviço público, a satisfação é influenciada mais diretamente pelas características do próprio trabalho, mais especificamente, as questões da organização, da gestão e das condições de trabalho. Assim como o salário, que é uma condição que leva à Satisfação Intrínseca no Trabalho, confirmada pelo equilíbrio de homens e mulheres como totalmente insatisfeitos.

Desta forma, Quevedo, Souza e Lima (2012) confirmam a existência de maior satisfação na presença dos fatores higiénicos e que estes influenciam o desempenho e a motivação dos trabalhadores, e que corroboram com este estudo, em que a Satisfação com o Ambiente Físico de Trabalho obteve altos índices de satisfação. Ao que parece, a satisfação dos trabalhadores está mais relacionada com os relacionamentos interpessoais, fatores higiénicos, com o tipo de trabalho e suas responsabilidades e que levam à realização profissional (Brandão et al, 2014).

Os resultados obtidos contrariam estudos anteriores em que a relação trabalho-género-família influencia negativamente a Satisfação no Trabalho (Bruck, Allen, & Spector, 2002; Lopes, 2015), assim como a relação entre o género e a Satisfação no Trabalho (Ergeneli, Ilsev & Karapinar, 2010). Esses estudos afirmam ainda que as mulheres tendem a ser menos satisfeitas em comparação com os homens, explicado pelas responsabilidades familiares e pela sobrecarga no que diz respeito às tarefas domésticas.

CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos do presente estudo, conclui-se que há diferenças entre as médias na satisfação global entre homens e mulheres, especialmente na satisfação relacionada com as relações hierárquicas, mas que essa diferença não é significativa, o que permite afirmar que o género não influencia a satisfação no trabalho de forma global. A satisfação com o trabalho neste estudo também não se fez notar como associada à funcionalidade familiar e não há diferença entre homens e mulheres. As percentagens de insatisfação referem-se às questões de ordem organizacional e estrutural, como salário e condições de trabalho.

Como contribuição para os estudos da área da saúde do trabalhador, a presente pesquisa contraria resultados obtidos por outros estudos sobre satisfação no trabalho e género e aponta que os resultados são altamente dependentes da amostra a ser analisada, que passa por uma análise minuciosa da estrutura organizacional em que os trabalhadores estão inseridos. Portanto, não há que se falar de generalização dos resultados, pois a amostra, ainda que ampla em termos numéricos, não indica a totalidade das organizações municipais no país estudado.

Para trabalhos futuros, sugerem-se estudos focalizados nas relações trabalho-família-género que agreguem mais variáveis de estudo e estudos noutras municípios com características distintas de organização.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses



AGRADECIMENTOS

Apoio do Município de Vila Nova de Famalicão – Departamento da Família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brandão, I. F., Lima, L.C., Cabral, A.C.A., Santos, S.M., & Pessoa, M.N.M. (2014). Satisfação no serviço público: Um estudo na superintendência regional do trabalho e emprego no Ceará. *Revista Eletrônica de Administração*, 77(1), 90-113.

Bruck, C., Allen, T., & Spector, P. (2002). The relation between work-family conflict and job satisfaction: A finer-grained analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 336-353.

Carlotto, M.S., & Câmara, S.G. (2008). Propriedades psicométricas do questionário de satisfação no trabalho, S20/23. *Psico-USF*, 13(2), 203-210.

Carrillo, C. (2011). *Un estudio sobre la satisfacción de la vida laboral en profesionales sanitarios del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España

Clark, A. E. (1997). Job satisfaction and gender: Why are women so happy at work. *Labour Economics*, 4, 341-418.

Chaves, L.D., Ramos, L.H., & Figueiredo, E.N. (2011). Job satisfaction of nurses working in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 507-513.

Fernandes, J.S., Miranzi, S.S.C., Iwamoto, H.H., Tavares, D.M.S., & Santos, C.B. (2010). Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: A relação das variáveis sociodemográficas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(3), 434-442.

Ladeira, W.J., Sonza, I.B., & Berte, R.S. (2012). Antecedentes da satisfação no setor público: Um estudo de caso na prefeitura de Santa Maria, RS. *Revista de Administração Pública*, 46(1), 71-91.

Lopes, A.F.M. (2015). *A satisfação no trabalho e o conflito trabalho-família: O papel moderador da variável género* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Meliá, J. L., Peiró, J. M., & Calatayud, C. (1986). El cuestionario general de satisfacción en organizaciones laborales: Estudios factoriales, fiabilidad y validez. *Millars*, 11, 43-77.

Meliá, J. L., Pradilla, J. F., Martí, N., Sancerni, M.D., Oliver, A., & Tomás J. M. (1990). Estructura factorial, fiabilidad y validez del cuestionario de satisfacción S21/26: Un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Revista de Psicología Universitas Tarragonensis*, 12(1/2), 25-39.

Merlo, A.R.C., & Mendes, A.M.B. (2009). Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: Teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(2), 141-156.

Quevedo, A.P.F., Souza, V.N., & Lima, M.V.S. (2012, Novembro). Motivação no serviço público: Um estudo de caso com a Secretaria de Administração da Prefeitura Municipal de Serra Talhada. In IX Congresso Virtual Brasileiro Administração. Acedido em <http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=25&id=5235>

Ramírez, M., & Lee, S.L. (2011). Síndrome de burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 10(30), 431-46.

Renner, J.S., Taschetto, D.V.R., Baptista, G.L., & Basso, C.R. (2014). Qualidade de vida e satisfação no trabalho: A percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(2), 440-446.

Saletti-Cuesta, L., Delgado, A., Ortiz-Gómez, T., & LópezFernández, L.A. (2013). Diferencias de género en la percepción del logro profesional en especialistas de medicina familiar y comunitaria. *Revista Española de Salud Pública*, 87, 221-238.

Sloane, P., & Williams, H. (2000). Job satisfaction, comparison earnings and gender. *Labour*, 14, 473-502.

Millenium, 2(1), 347-357.

EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA

THE EMPOWERMENT OF NURSES: VALIDATION OF A MEASURING INSTRUMENT

EMPODERAMIENTO DE LOS ENFERMEROS: VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA

*Manuela Ferreira*¹

*Filomena Paulo*²

*João Duarte*¹

*Dolores Sardo*³

¹Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

²Escola de Enfermagem do Porto, Portugal

³Centro Hospitalar Tondela Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: A validação de uma escala que permitam avaliar o empoderamento dos enfermeiros (EEEnf.) é de importância capital para o planeamento de acções promotoras da autonomia profissional e que potenciem a tomada de decisão autónoma do enfermeiro.

Objetivo: Descrever o processo de validação para a população portuguesa da "Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale" (Mathews, Scott e Gallagher (2009) .

Métodos: Estudo de natureza quantitativa, descriptiva-analítico e correlacional com uma amostra não probabilística de 240 enfermeiros com idades entre os 26 e os 66 anos.

Resultados: Efectuada a análise fatorial exploratória pelo método de componentes principais, seguida de rotação varimax e com valores próprios superiores a 1. Extraíram-se 4 factores que explicam no total 55.1%. O fator 1, explica 18.90% e foi designado por dimensão pessoal. O fator 2 denominado de dimensão multidimensional, explica 13.55% da variância O fator 3 com uma variância explicada de 11.41% foi designado de reconhecimento dos pares, O fator 4, nomeado por reconhecimento organizacional explica 11.32% da variância total.

Conclusões: as propriedades psicométricas da EEEnf. certificam a sua qualidade, enquanto ferramenta a utilizar nas atividades de promoção da autonomia da profissão. O Alfa de Cronbach final, de 0,835, é revelador de boa consistência interna.

Palavras-chaves: Empoderamento; Enfermeiro; Escala

ABSTRACT

Introduction: the validation of a scale for assessing the empowerment of nurses (EEEnf.) is of capital importance for the planning of actions promoting professional autonomy and encourage the autonomous decision of a nurse.

Objective: to describe the validation process for the Portuguese population in Perceptions of Empowerment in Midwifery scale ,Mathews, Scott and Gallagher, (2009).

Methods: quantitative study, descriptive-analytical and correlational using a non-probabilistic sample of 240 nurses aged 26 to 66.

Results: performed factorial analysis of main componentes, followed by varimax rotation and scree graph plots. Four factors were extracted: factor 1 shows a percentage of explained variance of 18.90% and it was called personal dimension. Factor 2 , which was named multidimensional dimension, explains 13.55% of the variance. Factor 3 called peer recognition presents a percentage of explained variance of 11.41%. Finally factor 4 called organizational recognition explains 11.32% of the total variance.

Conclusion: the psychometric properties of EEEnf. certify their quality as a tool to be used in activities to promote the profession autonomy. The result of the Cronbach Alpha was 0,835. It showed good internal consistence.

Keywords: Empowerment; Nurse; Scale

RESUMEN

Introducción: La validación de una escala que permita evaluar el empoderamiento de los enfermeros (EEEnf.) es de importancia capital para el planeamiento de acciones promotoras de la autonomía profesional y que potencien la toma de decisión autónoma por parte del enfermero.

Objetivo: Describir el proceso de validación para la población portuguesa de la "Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale" (Mathews, Scott e Gallagher, 2009).

Métodos: Estudio de naturaleza cuantitativa, descriptivo-analítica y correlacional con una muestra no probabilística de 240 enfermeros con edades comprendidas entre los 26 y los 66 años.

Resultados: Ejecutado el análisis factorial de componentes principales, al que siguió la rotación varimax y el gráfico screepplots, se extrajeron 4 factores: el factor 1, presenta un porcentaje de varianza explicada de 18,90% y está nombrado dimensión personal; el factor 2, denominado dimensión multidimensional, explica un 13,55% de la varianza; el factor 3, designado reconocimiento por sus semejantes, presenta un porcentaje de varianza explicada de 11,41%; por fin, el factor 4, apellidado reconocimiento organizacional, explica un 11,32% de la varianza total.

Conclusiones: las propiedades psicométricas de la EEEnf. certifican su calidad como herramienta que se debe utilizar en las actividades de promoción de la autonomía de la profesión. El alfa de Cronbach final correspondió a 0,835, revelando una buena consistencia interna.

Palabras Clave: Empoderamiento; Enfermera; Escala



INTRODUÇÃO

O conceito de Empoderamento tem sido analisado em diversas disciplinas e campos profissionais, e refere-se à habilidade das pessoas terem conhecimento e controle sobre si e sobre os seus atos.

À medida que o enfermeiro constrói o seu Empoderamento, este conquista autonomia e satisfação, fortalecendo a sua tomada de decisão, no processo de cuidar em enfermagem. O poder é a faculdade e a capacidade de agir, a força e a potência para conquistar algo. É a energia vital para se fazerem escolhas e tomadas de decisão (Covey, 2014). O caminho para o poder inicia-se com o reconhecimento das qualidades pessoais e com o desenvolvimento das mesmas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O poder é validado por aquilo que se pode materializar, logo o Empoderamento é fruto de uma ação bem-sucedida gerando fluxo que é o motivador máximo (Goleman, 2012). Ainda para este autor, as motivações mais poderosas, são as motivações internas, pois “sentimo-nos muito melhor a fazer aquilo por que temos paixão”.

A partir das conceções de Shutz (cit. por Salvador, 2013), é impar entender as motivações de enfermagem para afirmar o empoderamento de suas práticas, o que possibilitará pôr em relevo os desafios enfrentados na atualidade, aprendendo, de forma abrangente, as possibilidades do poder que se vislumbra nas práticas de enfermagem. O autor desenvolveu ainda os conceitos de motivo para e motivos porque, que define como contextos motivacionais. Os motivos para referem-se ao estado de coisas a ser estabelecido, ao fim a atingir, ao projeto a realizar e à vontade de fazê-lo, motivos cujo fim é a solidificação do empoderamento da enfermagem. (Salvador, 2013),

É necessário reafirmar-se o poder clínico de enfermagem, compreendido como a percepção do enfermeiro de ser intelectual física e emocionalmente capaz e preparado para interpretar respostas humanas, planejar, implementar e avaliar intervenções de enfermagem de forma eficaz, proporcionando mais consciência de seu papel clínico, mais intencionalidade e envolvimento para decidir o que fazer (Salvador, 2013). A literatura destaca o papel do conhecimento científico na afirmação da enfermagem como sendo uma profissão de bases sólidas, é uma forma de obter competência no agir e assegurar o poder, proporcionando segurança na tomada de decisão clínica.

2. MÉTODOS

Este estudo enquadra enquadra-se nos estudos descritivos correlacionais, quantitativos e do tipo transversal uma vez que as variáveis em análise foram medidas num único espaço temporal.

2.1 Amostra

A amostra em estudo é do tipo não probabilística por conveniência formada por 240 enfermeiros portugueses, maioritariamente de instituições da zona centro do país que participaram voluntariamente no estudo. A média de idades dos participantes no estudo é de 40.6 anos (± 7.7 anos), sendo a sua maioria casados (77.1%).

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi um questionário, de autocompletamento constituído por questões de caracterização sociodemográfica e profissional e questões sobre contexto formativo e pela escala de percepção sobre o empoderamento dos enfermeiros (Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale - PEMs). Este instrumento foi desenvolvido por Henriques et al (2012), que adaptou a escala “Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale” (Mathews, Scott e Gallagher 2009). A versão portuguesa é constituída por 17 itens apresentados em formato tipo Likert com cinco pontos desde um (concordo totalmente) a cinco (discordo totalmente) o que indica que quanto mais alto o valor obtido na escala menor é o nível de Empoderamento percecionado pelos Enfermeiros.

No estudo de validação para a população portuguesa obteve-se um índice de fiabilidade de 0.832 para a totalidade da escala.

Da análise fatorial exploratória realizada pelo autor resultaram cinco fatores que explicaram no seu total 72.9% da variância. O fator 1 foi designado por gestão eficaz e relações interdisciplinares era constituído por nove itens, o fator 2 apelidado por prática sustentada e autónomo comportava 4 itens, o fator 3 intitulado comunicação e assertividade profissional tinha apenas dois itens, o fator 4 designado reconhecimento da equipa comportava um item e o fator 5 intitulado por formação e educação também

dispunha de apenas um item. Considerando que tal como refere Marôco (2014) a constituição dum fator deve no mínimo ser constituído por três itens, procedeu-se a novo estudo de fiabilidade e de validade da escala tendo por base os 17 itens.

Para além disso aferiu-se que dois fatores apresentavam alfa de Cronbach inadmissíveis. Como alude Campo-Arias & Oviedo, (2008) as escalas bem como todos os instrumentos de medição devem ser válidos e confiáveis. O autor acrescenta que a validade se refere à capacidade do instrumento medir o constructo que pretende quantificar e a confiabilidade ou fiabilidade, à propriedade de apresentar resultados similares, quando repetidos em outros estudos. Refere ainda que a confiabilidade é uma condição necessária, mas não suficiente para garantir a validade do instrumento

A fiabilidade permite avaliar a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens que se realiza através da determinação do coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente deve calcular-se sempre que se aplique o instrumento numa população com características diferentes mesmo que se tenham observado em estudos precedentes valores desejados porquanto a consistência interna varia segundo as características dos participantes (Campo-Arias & Oviedo, 2008).

Os valores do coeficiente de Cronbach podem oscilar entre 0 e 1 e são tanto melhor quanto mais elevado o seu índice. Uma boa consistência interna deve exceder um alpha de .80 (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro 2014).

A estrutura fatorial foi avaliada pela análise fatorial exploratória (AFE) e pela análise fatorial confirmatória (AFC).

A (AFE) é um conjunto de técnicas multivariadas que tem como objetivo reduzir um determinado número de itens a um menor número de variáveis. Para a determinação dos fatores foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Verificar a adequabilidade da base de dados

Para este pressuposto, considerou-se o nível de mensuração das variáveis em escala ordinal tipo Likert, o tamanho da amostra que é suficientemente elevada (> 100) para assegurar resultados robustos, a razão entre o número de casos e a quantidade de variáveis que excede a proporção de cinco para um, o padrão de correlação entre as variáveis superiores a 0.20 e ainda o teste de Kaiser Mayer Oklim (KMO) e o Teste de esfericidade de Bartlett (BTS)

O teste de KMO, também conhecido como índice de adequação da amostra, é um teste estatístico que se calcula através do quadrado das correlações totais dividido pelo quadrado das correlações parciais, das variáveis analisadas O resultado varia de zero (0) a um (1) sendo que índices de KMO menores que 0,5 são considerados inaceitáveis, entre 0,5 e 0,7 medíocres; entre 0,7 e 0,8 bons e valores maiores que 0,8 e 0,9 (Lorenzo-Seva, Timmerman & Kiers, 2011).

O teste de esfericidade de Bartlett avalia a significância geral de todas as correlações numa matriz de dados. Valores com níveis de significância inferiores a 0,05 indicam que a matriz é favorável (Tabachnick & Fidell, 2007).

- Determinar a técnica de extração de fatores e o número de fatores a serem extraídos.

Utilizou-se o método dos componentes principais, mais comumente usado para a extração de fatores e para a determinação do número de fatores a reter optou-se pelo critério de Kaiser que sugere que devem ser extraídos apenas os fatores próprios (eigenvalues) superiores a um. Como método auxiliar foi também usado o Scree test que analisa graficamente a dispersão do número de fatores até que a curva da variância individual de cada fator se torne horizontal ou sofra uma queda abrupta.

- Decidir o tipo de rotação dos fatores

Optou-se pela rotação ortogonal do tipo Varimax, dado que este método procura minimizar o número de variáveis que apresentam altas cargas em cada fator.

As soluções fatoriais que emergiram das escalas, foram testadas através da análise fatorial confirmatória (AFC), com o software AMOS 23 (Analysis of Moment Structures). A (AFC) é um método confirmatório que serve para confirmar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas específicas de acordo com uma teoria ou um padrão pré-estabelecido noutro estudo (Marôco, 2014).

Nesta análise considerou-se a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (Maximum-Likelihood Estimation) para estimação dos parâmetros.

- Como indicadores de qualidade de ajustamento global considerou-se (Marôco, 2014):

o χ^2/gl (razão entre qui quadrado e graus de liberdade). Avalia se existem discrepâncias entre a matriz de covariâncias dos dados e a matriz de covariância do modelo Se a razão (χ^2/gl) for inferior a 2, o ajustamento considera-se bom, inferior a 5 aceitável e superior a 5 inaceitável.

o Índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo (Comparative Fit Index - CFI) e índice de qualidade de ajuste (Goodness of



Fit Índex - GFI);

os valores do CFI e do GFI. São recomendados valores acima de .90 para se considerar um ajustamento bom

o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), sendo que valores inferiores a 0.06 são indicativos de um bom ajustamento, enquanto um ajustamento aceitável é indicado para um valor entre .08 .10,

o Root mean square residual (RMR), quanto menor o RMR, melhor o ajustamento com o RMR= 0 a indicar um ajustamento perfeito

o Standardized root mean square residual (SRMR) - é definida como a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor de zero indica o ajuste perfeito e um valor inferior a 0.08 é, geralmente, considerado como um bom ajuste (Marôco, 2014).

• Para a qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada:

o Validade compósita determinada através da fidelidade individual dos itens (λ), (considera-se fiabilidade individual adequada quando o valor do peso fatorial é superior a .50)

o Fiabilidade individual dos indicadores (δ), com coeficientes iguais ou superiores a .25

o Fidelidade compósita (FC) estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Valores acima de 0.70 indicam boa consistência interna (Maroco, 2014).

o Validade convergente avaliada através da variância extraída média (VEM) permite-nos determinar o modo como os itens que são reflexo de um fator, saturam fortemente nesse fator. Valores superiores a .50 são considerados indicativos de boa validade convergente (Maroco, 2014).

o Validade discriminante é considerada quando o valor de VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.

• A sensibilidade dos itens foi avaliada com recurso aos coeficientes de assimetria (Sk) e achatamento (Ku). Considerou-se que coeficientes de assimetria superiores a 3 e coeficiente de achatamento superior a 7, em valores absolutos, apresentavam problemas de desvio significativo da normalidade (Marôco 2014).

2.4 Procedimentos

Respeitaram-se as normas de conduta, com o objetivo de salvaguardar o direito e a liberdade dos participantes, bem como o anonimato e confidencialidade. O estudo obteve parecer favorável das Comissões de Ética das Instituições hospitalares onde decorreu e foi previamente autorizado pela respectivas direcções.

O tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 (2013) para Windows. Como referencial para os valores de significância estatística foi considerado $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

A Tabela 1 reporta as médias e desvios padrão bem como os índices correlacionais e de consistência interna dos 17 itens que comportam a escala. Pelos índices médios observa-se que os índices no geral se encontram bem centrados, porquanto todos se apresentam com valores inferiores à média esperada.

Por sua vez pelos valores de correlação ressalta que todos os itens apresentam um valor positivo e superiores a 0.20. O valor mínimo obtido foi de ($r=0.225$) no item 10 “Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário.” e o máximo ($r=0.621$) no item 5 “Eu não tenho um superior que me apoie” sendo também este item que apresenta maior percentagem de variância explicada (64.6%).

Ao analisar-se o alfa de Cronbach, por item, os mesmos podem ser classificados de bons, pois oscilam entre os 0.814 no item 5 e 0.836 no item 10 com um alfa global de 0.835.

Tabela 1 - Estatísticas e correlação de Pearson entre os diferentes itens e valor global da escala de sobre saúde e relacionamento

		Média	Desvio Padrão	r/sem item	r ²	α sem item
1	Eu sou valorizada pelo meu superior.	2,51	0,951	0,576	,572	,818
2	Eu sou uma defensora dos utentes.	1,52	0,640	0,256	,218	,834
3	Eu tenho o suporte do meu superior.	2,52	0,989	0,498	,534	,822
4	Eu não sou reconhecida pelo meu superior, pela minha contribuição nos cuidados nos cuidados.	2,48	1,139	0,533	,476	,820
5	Eu não tenho um superior que me apoie.	2,41	1,087	0,621	,646	,814
6	Eu tenho uma comunicação eficaz com os órgãos de gestão.	2,68	0,951	0,490	,334	,823
7	Eu não estou informada sobre as alterações na minha organização que irão afectar a minha prática.	2,87	1,049	0,417	,280	,828
8	Estou adequadamente preparada para desempenhar o meu papel.	1,70	0,628	,281	,279	,833
9	Eu tenho o apoio dos meus colegas.	2,08	0,736	,504	,354	,823
10	Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário.	1,88	0,745	,225	,255	,836
11	Eu não sei qual o âmbito da minha prática.	1,78	0,905	,370	,259	,830
12	Eu sou responsável pela minha prática.	1,42	0,642	,265	,186	,834
13	Eu sou reconhecida como um profissional pela profissão médica.	2,19	0,869	,482	,551	,824
14	Eu não tenho acesso adequado aos recursos para a educação e formação pessoal.	2,82	1,082	,351	,191	,832
15	Eu tenho autonomia na minha prática.	2,23	0,889	,491	,393	,823
16	Eu não sou ouvida pelos membros da equipa multidisciplinar.	2,38	0,934	,427	,255	,827
17	Eu sou reconhecido pela minha contribuição nos cuidados aos utentes pela profissão médica.	2,35	0,907	,549	,573	,820

Proseguiu-se assim para a análise factorial exploratória. O teste de Kaiser-Meyer-Olkin ao apresentar um valor de (KMO=0.822) e o Teste de esfericidade de Bartlett ao revelar-se estatisticamente significativo ($p= 0.000$) são suficientemente credíveis para se continuar com o processo de validação da escala. Foram determinadas as comunidades após a extração dos fatores denotando-se que apenas o item 12 “Eu sou responsável pela minha prática” apresenta um índice inferior a 0.40 pelo que numa análise mais conservadora deveria ser eliminado.

Efetuada a extração dos fatores obtiveram-se quatro fatores com raízes latentes (engenvalues) superiores a 1 que no conjunto explicavam 55.18% da variância total. Denota-se que todos os itens apresentam saturações superiores a 0.40 (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Itens por fator e Comunidades após rotação Varimax

Itens	Fatores				h ²
	F1	F2	F3	F4	
1	,781				,714
2				0.660	,461
3	,828				,698
4	,656				,575
5	,839				,756
6	,583				,429



7	Eu não estou informada sobre as alterações na minha organização que irão afectar a minha prática.		0.688	,545
8	Estou adequadamente preparada para desempenhar o meu papel.		0.763	,618
9	Eu tenho o apoio dos meus colegas.	,416		,413
10	Eu sou capaz de dizer não quando julgo que isso é necessário.		0.595	,473
11	Eu não sei qual o âmbito da minha prática.		0.568	,431
12	Eu sou responsável pela minha prática.		0.506	,363
13	Eu sou reconhecida como um profissional pela profissão médica.	0.839		,760
14	Eu não tenho acesso adequado aos recursos para a educação e formação pessoal.		0.589	,406
15	Eu tenho autonomia na minha prática.		0.669	,545
16	Eu não sou ouvida pelos membros da equipa multidisciplinar.		0.602	,470
17	Eu sou reconhecido pela minha contribuição nos cuidados aos utentes pela profissão médica.		0.796	,724

O gráfico de variâncias designado por scree plot reforça o número de fatores retidos conforme assinalado pelo ponto de inflexão da curva.

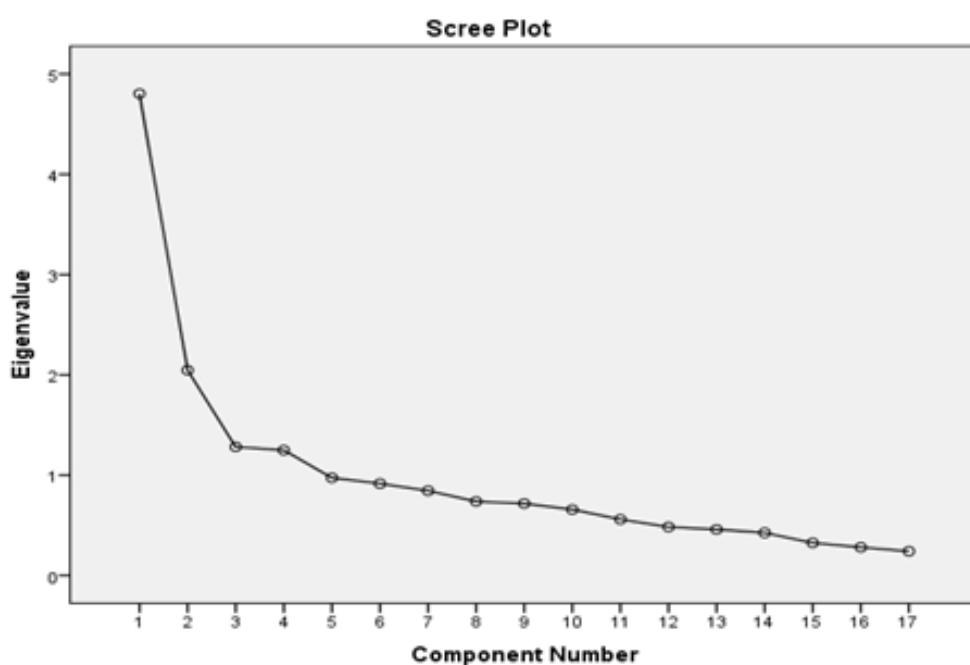


Figura 1 - Gráfico de variâncias de Scree plot.

O fator 1 comporta os itens 1, 3, 4, 5, 6, e 9, apresenta uma percentagem de variância explicada de 18.90% e foi designado por dimensão pessoal.

O fator 2 denominado de dimensão multidimensional, explica 13.55% da variância e é constituído pelos itens 13, 15 e 17.

O fator 3 designado por reconhecimento dos pares, apresenta uma percentagem de variância explicada de 11.41% e comporta os itens 7, 11, 14 e 16.

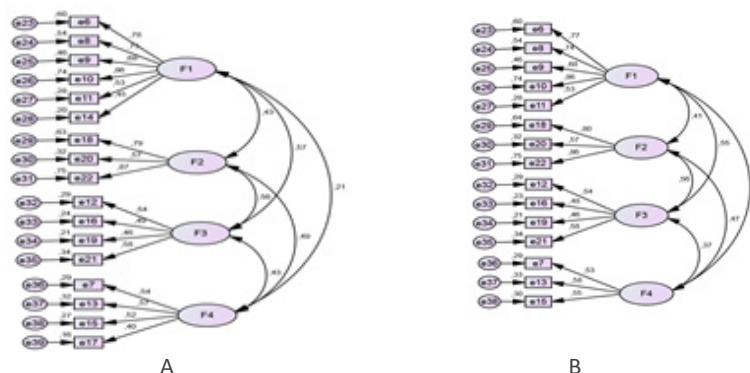
Por último, o fator 4 possui os itens 2, 8, 10 e 12 foi designado por reconhecimento organizacional e explica 11.32% da variância total.

Tendo como base os resultados da análise factorial exploratória, submeteu-se a solução tetrafatorial a uma análise factorial confirmatória. Analisados os pormenores relativos à multicolinearidade e valores univariados e multivariados que pudessem influenciar a análise factorial registou-se que todos os itens apresentam índices de enviesamento e achatamento conducentes com uma distribuição normal e com rácios críticos das trajetórias entre as variáveis manifestas e latentes estatisticamente significativas (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Trajetórias e rácios críticos das variáveis manifestas e latentes

		Trajetórias	Estimativas	S.E.	Rácios críticos	P
e6	<---	Dimensão pessoal	1,000			
e8	<---	Dimensão pessoal	,982	,086	11,482	***
e9	<---	Dimensão pessoal	1,053	,103	10,245	***
e10	<---	Dimensão pessoal	1,265	,098	12,880	***
e11	<---	Dimensão pessoal	,688	,086	8,023	***
e14	<---	Dimensão pessoal	,445	,067	6,612	***
e18	<---	Dimensão multidimensional	1,000			
e20	<---	Dimensão multidimensional	,730	,087	8,349	***
e22	<---	Dimensão multidimensional	1,137	,098	11,626	***
e12	<---	Reconhecimento pares	1,000			
e16	<---	Reconhecimento pares	,779	,163	4,787	***
e19	<---	Reconhecimento pares	,871	,174	5,021	***
e21	<---	Reconhecimento pares	,960	,180	5,337	***
e7	<---	Reconhecimento organizacional	1,000			
e13	<---	Reconhecimento organizacional	1,024	,205	4,988	***
e15	<---	Reconhecimento organizacional	1,120	,248	4,513	***
E17	<---	Reconhecimento organizacional	,741	,181	4,093	***

Os pesos fatoriais e fiabilidade individual são considerados adequadas para um estudo confirmatório conforme consta da figura 2 mas os índices de ajustamento global n primeira versão patenteavam um ajuste pouco satisfatório em relação ao CFI= 0.882 e GFI= 0.894 embora adequados relativamente ao $\chi^2/g.l. = 2.190$; RMSEA = 0,071; RMR= 0.056 e SRMR = 0.073). Porém, dado que não eram propostos índices de modificação correlacionando alguns erros, para refinar o modelo decidiu-se eliminar os itens que apresentavam saturações inferiores a 0.50. O modelo obtido passou a ser bastante satisfatório com valores de $\chi^2/g.l. = 2.013$; GFI = 0.914; CFI = 0.917; RMSEA = 0,065; RMR= 0.053; SRMR= 0.061. Todos os pesos de regressão são superiores a 0.50 e estaticamente significativos ($p <0,001$) o que demonstra a relevância do fator para predizer os itens (cf. Figura 2).





Quanto à fiabilidade compósita (FC) e variância extraída média (VEM) os resultados apontam para índices adequadas no fator 1 (dimensão pessoal) e 2 (dimensão multidimensional) e inadequados para os fatores 3 (reconhecimento dos pares) e fator 4 (reconhecimento organizacional) de acordo com os valores de referência supracitados, embora seja patente a existência de validade discriminante (VD) entre quatro fatores (tabela 4).

Tabela 4 - Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante

Modelo	FC	VEM	Validade discriminante		
			F2	F3	F4
F1 - Dimensão pessoal	0.844	0.526	0.168	0.302	0.025
F2 - Dimensão multidimensional	0.792	0.566	--	0.313	0.220
F3 - Reconhecimento pares	0.593	0.269		--	0.136
F4 - Reconhecimento organizacional	0.568	0.305			--

Dado que as correlações obtidas entre os fatores sugerem a existência de um fator de 2^a ordem, propôs-se uma estrutura hierárquica com um fator de 2^a ordem que se designou por Empoderamento. A Figura 3 ilustra o modelo com o fator de 2^a ordem.

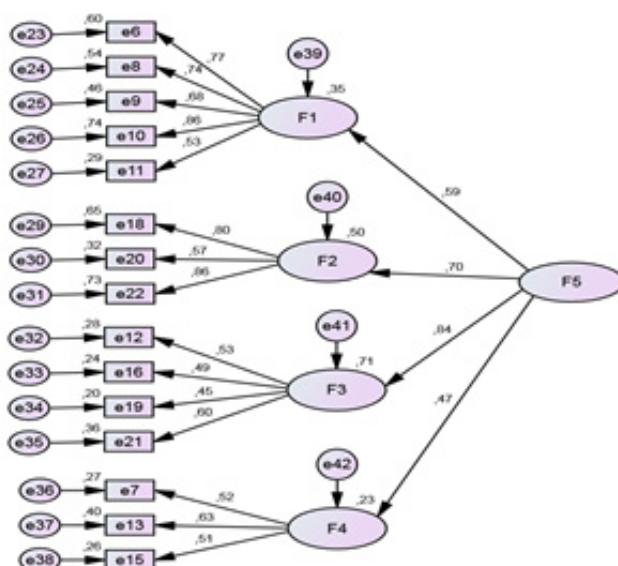


Figura 3 - Modelo 2^a ordem da escala de empoderamento

Neste modelo, os valores de qualidade de ajustamento continuam bons, demonstrando a elevada validade factorial da escala de empoderamento para enfermeiros: $\chi^2/df=2.048$; CFI=0.912 ; GFI=0.910; RMSEA=0.066; RMR= 0.058; SRMR= 0.066 A Tabela 5 sintetiza os índices de ajustamento global obtidos nos três momentos.

Tabela 5 - Índices de ajustamento global da escala de empoderamento

Modelo	χ^2/gI	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial	2.190	0.894	0.882	0.071	0.056	0.073
Modelo refinado	2.013	0.914	0.917	0.065	0.053	0.061
Modelo de 2 ^a ordem	2.048	0.910	0.912	0.066	0.058	0.066



4. DISCUSSÃO

A autonomia/empoderamento enfermeiro no processo de cuidado no contexto hospitalar torna-se a cada dia mais importante uma vez que proporciona a possibilidade de rever a enfermagem, enquanto profissão, a partir de sua própria tradição histórica. Pressupõe que o profissional de enfermagem possa interferir no processo de definição das prioridades e na assistência ao utente com autonomia e responsabilidade para tomar decisões. Este pressuposto vai de encontro ao defendido por (Val e Lloyd 2003 cit por Oliveira, 2008), que associam o empoderamento à gestão participativa, dando ao empregado a autoridade para fazer mudanças na forma como o trabalho é desempenhado. Em suma, o empoderamento dá-se quando o trabalhador assume maior responsabilidade pelo planeamento e pelo controle do seu próprio trabalho, assumindo, também, a responsabilidade por decisões

Acresce referir que a revisão da literatura efetuada sobre esta temática veio demonstrar a exiguidade de estudos neste âmbito, assoberbada ainda pelo facto da escala por nós aferida revelar uma estrutura fatorial discrepante e com designação de factores diferente em relação ao autor original (Henriques 2012) Nesta conformidade o objetivo deste estudo foi determinar as dimensões subjacentes à escala da Perceção do Empoderamento dos enfermeiro realizando-se análises fatoriais Exploratória e Confirmatória tendo emergido uma estrutura hierárquica de 2^ª ordem com quatro fatores percebidas pelos enfermeiros como importantes para o empoderamento.

Pelos resultados obtidos, não nos foi possível validar o modelo proposto pelo autor da versão portuguesa da escala, nem tão pouco verificamos que as relações entre as seis componentes confirmam o quadro empírico encontrado. Quanto aos resultados encontrados, estes permitem afirmar que as subescalas apresentam uma adequada consistência interna. Interessa realçar que a escala final ficou constituída por 15 itens sendo eliminados os itens os itens 14 “Eu não tenho acesso adequado aos recursos para a educação e formação pessoal” e 17 “Eu sou reconhecido pela minha contribuição nos cuidados aos utentes pela profissão médica” uma vez que o modelo resultante revelou um melhor ajustamento do Modelo. Contudo reconhecemos que os itens eliminados tendo em conta o seu conteúdo semântico expressam uma ligação às componentes que os sustentam, pelo que se torna arriscado proceder-se à sua eliminação definitiva. Considera-se pois que em futuros estudos devem ser novamente testados para assegurar da sua validade.

CONCLUSÕES

Em suma, os resultados dos estudos exploratórios e confirmatórios realizados revelam que as propriedades psicométricas da escala de empoderamento do enfermeiro (EEEnf.) podem já ser consideradas como claramente satisfatórias razão pela qual se recomenda a sua utilização para a avaliação desta variável profissional. Extraíram-se 4 factores que explicam no total 55.1%. O fator 1, explica 18.90% e foi designado por dimensão pessoal. O fator 2 denominado de dimensão multidimensional, explica 13.55% da variância O fator 3 com uma variância explicada de 11.41% foi designado de reconhecimento dos pares, O fator 4, nomeado por reconhecimento organizacional explica 11.32% da variância total. O Alfa de Cronbach final, de 0,835, é revelador de boa consistência interna.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

FCT, Portugal, CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Pública, 10*(5), 831-839. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>.

Cover, S. R. (2014). *Os sete hábitos das pessoas altamente eficazes: Lições poderosas para transformação pessoal*. Lisboa: Gradiva

Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (3^ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

Henriques, C. M. (2012). *O empoderamento dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica em Portugal*. Madrid: Bubok Publishing.



Lorenzo-Seva, U., Timmerman, M. E., & Kiers, H. A. (2011). *The hull method for selecting the number of common factors. Multivariate Behavioral Research, 46*(2), 340-364.

Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Matthews, A., Scott, P. A., & Gallagher, P. (2009). The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery, 25*(3), 327-335. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000435>

Oliveira, U. R., & Rocha, H. M. (2008). Empowerment como estratégia competitiva em manufatura e serviços: Percepção dos colaboradores. *Revista Produção Online, 8*(3), 1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.14488/1676-1901.v8i3.109>

Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.

Salvador, P. T. C. O., Alves, K.Y., Martins, C. C. F., & Santos, E. P. (2013). Motivos para o empoderamento da enfermagem: Reflexões à luz de Alfred Schutz. *Revista Mineira de Enfermagem, 17*(4), 1014-1019. doi: 10.5935/1415-2762.20130073

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th. ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Millenium, 2(1), 359-365.

LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS RELACIONADAS COM O TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO DA SUA FREQUÊNCIA NUM SERVIÇO DE ORTOPEDIA

WORK-RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS IN HEALTH PROFESSIONALS : A STUDY OF ITS FREQUENCY IN THE ORTHOPEDIC SERVICE

LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO EN PROFESIONALES DE LA SALUD: ESTUDIO DE SU FRECUENCIA EN EL SERVICIO DE ORTOPEDIA

*Paula Rocha
Cristina Cunha*

Hospital de Sousa Martins, Uls da Guarda, Portugal

RESUMO

Introdução: As Lesões Músculo Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT's) incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. Podem ser resultantes da ação de alguns fatores de risco como a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho.

Objetivo: Avaliar a frequência das LMERT's nos enfermeiros e assistentes operacionais.

Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa e transversal, realizado entre 1 de maio a 31 de julho de 2016. A amostra foi constituída por 17 enfermeiros, na sua maioria do sexo feminino (58,8%), com uma média de 39 anos de idade e de 16 anos de exercício profissional, e por 7 assistentes operacionais todas do sexo feminino, com uma média de 53 anos de idade e 20 anos de exercício profissional. Foi utilizado o Questionário Nôrdico Músculo-Esquelético (Kuorinka et al, 1987). Para o levantamento do nível de dor, foi utilizada uma escala de dor EVA de Bonica (1990).

Resultados: Os resultados deste estudo evidenciam uma frequência elevada de sintomas músculo-esqueléticos em diferentes zonas corporais, particularmente na região lombar, na qual 82.4% dos enfermeiros e 85.7% das assistentes operacionais referiram afetação; na região cervical (58.8% nos enfermeiros e 100% nas assistentes operacionais) e ombros (76,5% nos enfermeiros e 85,7% nas assistentes operacionais). Apurou-se que a dor lombar foi a queixa mais frequente que impediu os profissionais de saúde de realizar o seu trabalho. Dos participantes, 29.4% dos enfermeiros e 28.6% das assistentes operacionais estiveram ausentes ao trabalho, nos últimos 12 meses, devido a dor lombar.

Conclusões: Dado o elevado número de profissionais que apresentam sintomatologia ligada ao trabalho, revela-se importante a adoção de medidas preventivas deste tipo de lesões, de forma a promover a sua saúde e bem-estar.

Palavras-chave: Transtornos traumáticos cumulativos; Doenças músculo esqueléticas; Profissionais da saúde

ABSTRACT

Introduction: The Work-related Musculoskeletal Disorders (WMSDs) include a set of inflammatory and degenerative diseases of the locomotor system. May result from the action of some risk factors such as overload and / or the posture adopted during the work.

Objectives: To assess the frequency of WMSDs in nurses and operational assistants.

Methods: A descriptive, retrospective, quantitative and cross-cutting study, held from May 1 to July 31, 2016. The sample consisted of 17 nurses, mostly female (58.8%), with an average of 39 years of age and 16 years of professional practice, and by 7 operating assistants all female, with an average of 53 years old and 20 years of professional practice.

Was used the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (Kuorinka et al, 1987). To survey the level of pain, we used a VAS pain scale (Bonica, 1990).

Results: The results of this study show a high frequency of musculoskeletal symptoms in different body areas, particularly in the lumbar region, where 82.4% of nurses and 85.7% of operating assistants mentioned affection; in the cervical region (58.8% in nurses and 100% in operating assistants) and shoulders (76.5% in nurses and 85.7% in operating assistants). It was found that low back pain was the most common complaint that prevented health workers to perform their work. Of the participants, 29.4% of nurses and 28.6% of operating workers were absent from work in the last 12 months due to back pain.

Conclusions: Given the high number of professionals who have symptoms related to work, it is revealed important to adopt preventive measures of this type of injury, in order to promote their health and well-being.

Keywords: Cumulative trauma disorders; Musculoskeletal diseases; Health personnel

RESUMEN

Introducción: Las Lesiones MúsculoEsqueléticas relacionadas con el trabajo incluye un conjunto de enfermedades inflamatorias y degenerativas del aparato locomotor . Puede ser el resultado de la acción de algunos factores de riesgo como la sobrecarga y / o la postura adoptada durante el trabajo.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de los trastornos musculoesqueléticos en los enfermeros y asistentes operacionales.

Métodos: Estudio descriptivo , retrospectivo, de naturaleza cuantitativa y transversal, cumplido del 1 de mayo al 31 de julio de 2016. La muestra estuvo constituida por 17 enfermeros, en su mayoría mujeres (58,8%), con una media de 39 años de edad y 16 años de práctica profesional, y por 7 asistentes operacionales todas mujeres, con una media de 53 años de edad y 20 años de ejercicio profesional. Se utilizó el Cuestionario Nôrdico musculoesquelético (Kuorinka et al , 1987). Para inspeccionar el nivel de dolor, se utilizó una escala de dolor EVA de Bonica (1990).

Resultados: Los resultados de este estudio muestran una alta frecuencia de los síntomas musculoesqueléticos en diferentes áreas del cuerpo, particularmente en la región lumbar, donde 82,4% de las enfermeras y 85,7% de los asistentes operacionales mencionaron afectación; en la región cervical (58,8% de las enfermeras y el 100% de los asistentes operacionales) y los hombros (76,5% de las enfermeras y el 85,7% de los asistentes operacionales). Se encontró que el dolor lumbar fue la queja más común que impedía que los trabajadores de salud para llevar a cabo su trabajo. De los participantes, el 29,4% de las enfermeras y el 28,6% de los asistentes operacionales estaban ausentes de trabajo en los últimos 12 meses debido al dolor de espalda.

Conclusiones: Teniendo en cuenta el elevado número de profesionales que tienen síntomas relacionados con el trabajo , es importante adoptar medidas preventivas de este tipo de lesión , con el fin de promover su salud y bienestar.

Palabras Clave: Descriptores: Trastornos de traumas acumulados; Enfermedades musculoesqueléticas; Personal de salud

INTRODUÇÃO

As lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT's) são um problema de saúde ocupacional muito comum na Europa. Já em 2000, tinha sido organizada a Semana Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, dedicada à temática das LMERT's, cujo lema “Não vires as costas às perturbações músculo-esqueléticas” pretendia despertar a atenção de trabalhadores e empregadores para a importância da prevenção dessas lesões, independentemente da sua localização.

De acordo com a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2007), na União Europeia um quarto dos trabalhadores refere apresentar lombalgias e aproximadamente um quarto relata dores musculares. A este respeito, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007) alude para o facto destas lesões prejudicarem o trabalho, pois diminuem a produtividade e podem causar ausências por doença e incapacidade profissional crónica. Desta forma constituem uma fonte de grande preocupação, por afetarem a saúde a nível individual e paralelamente aumentarem os custos sociais e económicos associados.

Neste contexto, o mesmo organismo defende que deve ser dada ênfase ao reconhecimento precoce dos esforços a que os trabalhadores estão sujeitos e problemas que apresentem, de forma a evitar a sua incapacidade a longo prazo.

Mais concretamente em Portugal, vários são os autores que se têm dedicado ao estudo das lesões músculo-esqueléticas em contexto hospitalar, designadamente Maia (2002), Fonseca (2005), Cotrim et al. (2006), Barroso et al. (2007) e Uva (2010) que advertem para o risco considerável que os profissionais de enfermagem têm de vir a desenvolver LMERT's.

Reportando-nos especificamente ao serviço de ortopedia, é sabido que o quotidiano dos profissionais da saúde envolve a execução de tarefas como posicionamentos, levantes e transferências de doentes, que exigem dos mesmos um esforço físico considerável, de forma frequente e, por vezes, repetitiva. E esta realidade constitui uma preocupação, por parte do Enfermeiro de Reabilitação, no sentido de, tentar conhecer, efetivamente a sintomatologia ligada ao trabalho, que aqueles profissionais manifestam, visando o posterior desenvolvimento de medidas preventivas deste tipo de lesões, de forma a promover a sua saúde e bem-estar.

Com este estudo visa-se alcançar os seguintes objetivos:

- Avaliar a frequência das LMERT's nos enfermeiros e assistentes operacionais do serviço de Ortopedia do Hospital de Sousa Martins, da ULS da Guarda.
- Identificar as regiões corporais mais afetadas pela dor/desconforto.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As Lesões Musculo Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT's) incluem um conjunto de doenças inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor. Podem ser resultantes da ação de alguns fatores de risco como a sobrecarga e/ou a postura adotada durante o trabalho (DGS, 2008). Segundo a mesma fonte, geralmente localizam-se nos membros superiores e na coluna vertebral, podendo ter outras localizações dependendo da atividade de risco desenvolvida pelo trabalhador.

De acordo com Ranney (2000), as LMERT's constituem estados patológicos do sistema músculo-esquelético, que se instalam ao longo do tempo, em consequência do desequilíbrio entre as solicitações mecânicas repetidas no trabalho e as capacidades de adaptação de uma determinada zona do corpo.

Por outro lado, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2000) define LMERT's como sendo lesões de estruturas orgânicas tais como músculos, articulações, tendões, ligamentos, nervos, ossos, causadas ou agravadas principalmente pela atividade profissional e pelos efeitos das condições em que essa atividade teve lugar.

Segundo a DGS (2008), as LMERT's podem ser agrupadas de acordo com a estrutura afetada em: as tendinites (lesões localizadas ao nível dos tendões e bainhas tendinosas); síndromes canaliculares (lesão de um nervo); síndromes neurovasculares (lesão nervosa e vascular em simultâneo); e raquialgias (lesão osteoarticular e/ou muscular ao longo de toda a coluna vertebral ou parte desta). Estas últimas constituem as queixas mais frequentemente associadas ao trabalho, variando os sintomas de acordo com a região da coluna vertebral afetada, sendo as lombalgias e cervicalgias as mais referidas.

No contexto do exercício profissional, a Inspeção Geral do Trabalho (2007), refere que o movimento desempenha um papel essencial na manutenção de uma coluna vertebral saudável, uma vez que contribui para uma melhor nutrição dos discos intervertebrais. Acrescenta ainda que uma boa condição física, na qual se possua musculatura tónica e flexível, facilita a adoção de movimentos que protegem a coluna vertebral. Contudo, outro aspecto que é igualmente referido pelo anterior organismo, diz respeito às repercussões do stress sobre o corpo, designadamente as tensões musculares, que localizando-se ao nível dorso-lombar, poderão aumentar a pressão sobre os discos intervertebrais, e ter um efeito negativo sobre os mesmos.

Rocha, P., & Cunha, C., (2016). Lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho em profissionais de saúde: estudo da sua frequência num serviço de ortopedia. *Millenium*, 2(ed espec nº1), 359-365.

É sabido que o transporte de cargas ou de doentes aumenta a pressão sofrida pelo disco intervertebral. Porém a tensão exercida sobre a parte inferior da coluna vertebral depende da distância à qual a carga é agarrada, sendo que maior distância associada a maior inclinação do tronco corresponde a maior pressão a ser exercida nessas estruturas. Aliado a isto, surge o peso da carga como um fator mais frequentemente sentido como um constrangimento importante (Inspeção Geral do Trabalho (2007).

De facto, na prática quotidiana do profissional de saúde, existem alguns fatores de risco para a coluna vertebral, que frequentemente são causas de lombalgias, e que podem ser estruturadas em três categorias: fatores individuais (idade; sexo; corpulência), fatores de penalização física no trabalho (transporte e movimentação manual de cargas; movimentos frequentes de inclinação e de torção nomeadamente do tronco; posições estáticas e/ou prolongadas) e fatores psicossociais e organizacionais (constrangimentos de tempo, organização do trabalho, falta de entreajuda, de cooperação e insatisfação no trabalho) (Inspeção Geral do Trabalho, 2007).

Alexandre et al. (1993) têm desenvolvido estudos, nos quais se abordam aspetos ergonómicos e posturais relacionados com o transporte de doentes, bem como a referência a algas a nível cervical, dorsal e lombar em enfermeiros. Esses estudos revelaram que uma parte significativa das agressões à coluna vertebral está relacionada com a adoção de posturas corporais incorretas, bem como a inadequação de mobiliário e equipamento utilizado nas atividades quotidianas de enfermagem.

Ao analisar o contexto hospitalar, designadamente a prestação de cuidados a doentes, é facilmente perceptível que os riscos associados à movimentação de cargas se revestem de especificidades associadas ao levante/transferências/movimentação de doentes. A este respeito a Inspeção Geral do Trabalho (2007) aponta aspetos como a agitação do doente, a falta de colaboração e a estimativa difícil do peso do doente como fatores que dificultam essas tarefas.

De acordo com a mesma entidade, as lesões músculo-esqueléticas ocupam efetivamente um lugar demasiado importante na Europa no que diz respeito a queixas associadas ao trabalho, referindo-se mesmo aos resultados do terceiro inquérito Europeu sobre as condições de trabalho, realizado em 2000, o qual revelou que, no sector dos cuidados de saúde, 32.5% dos trabalhadores ativos apresenta afeções na coluna vertebral. Há ainda a acrescentar que aliado às afeções dorso-lombares no sector dos cuidados de saúde, surgem consequências sociais e financeiras significativas, dado que um terço dos trabalhadores desse sector está acometido por elas (Uva, 2010).

Porém, a sintomatologia associada às LMERT's surge, na maioria dos casos, de forma gradual e progressiva, tendendo a agravar-se no final do dia de trabalho, ou durante picos de produção, e a aliviar com as pausas ou o repouso e em período de férias. Dela fazem parte a dor (grande parte das vezes localizada, mas com possibilidade de irradiação para diversas áreas corporais), sensação de dormência na área afetada ou em área próxima, sensação de peso, de perda de força e fadiga ou desconforto localizado (DGS, 2008).

Segundo a mesma fonte, se a exposição aos fatores de risco se mantiver, os sintomas, inicialmente intermitentes, tornam-se gradualmente persistentes, prolongando-se muitas vezes ao período noturno e de repouso, com significativas repercussões na capacidade de trabalho e outras atividades do dia a dia.

2. MÉTODOS

Foi feito um estudo descritivo, retrospectivo, de natureza quantitativa e transversal. A colheita de dados foi realizada entre 1 de maio e 31 de julho de 2016.

2.1 Amostra

Foram incluídos neste estudo 24 profissionais de saúde que exercem funções no serviço de Ortopedia do Hospital de Sousa Martins da ULS da Guarda, dos quais, 17 eram enfermeiros (58,8% do sexo feminino e 41,2% do sexo masculino), com uma média de idades de 39 anos, e 7 eram assistentes operacionais, todas elas do sexo feminino, com uma média de idades de 53 anos.

Recorreu-se a uma amostra não aleatória accidental. Isto porque, de acordo com Fortin (2003), se verificam duas condições em simultâneo: cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para a amostra e esta é constituída por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

No contexto de um estudo de cariz quantitativo, recorreu-se ao uso do formulário, satisfazendo a premissa de que o objetivo do estudo influencia diretamente a escolha do método de colheita de dados (Fortin, 2003).



O instrumento de recolha de dados era constituído por 3 secções: uma destinada à caracterização sócio-demográfica, outra à caracterização do estado de saúde, e por fim a caracterização da sintomatologia ligada ao trabalho (Questionário Nórdico Músculo-Esquelético).

Relativamente à caracterização do estado de saúde, procurou-se indagar a presença de patologias, de hábitos tabágicos e hábitos etílicos, a necessidade de terapêutica e de tratamentos de reabilitação, e a prática de exercício físico.

Para a avaliação da sintomatologia ligada ao trabalho adotou-se o Questionário Nórdico Músculo-Esquelético criado por Kuorinka, et al. (1987). Este instrumento tem por objetivo quantificar as regiões mais acometidas pelos sintomas músculo-esqueléticos.

O questionário contém uma figura humana, dividida em nove regiões anatómicas: coluna cervical, ombros, coluna dorsal, cotovelos, coluna lombar, punhos/mãos, ancas e coxas, pernas/joelhos, tornozelos/pés. As questões estão relacionadas com cada área anatómica, sendo possível avaliar a presença ou ausência de fadiga, desconforto ou dor nos diversos segmentos corporais, caracterizando a sintomatologia nos últimos 12 meses e nos últimos 7 dias, bem como a existência (ou não) de períodos de absentismo relacionados com os sintomas referidos.

Para o levantamento do nível de dor, foi utilizada uma escada de dor EVA de Bonica (1990) e solicitado aos elementos da amostra, que indicassem, no caso de existir dor, a intensidade da mesma, bem como a região ou regiões anatómica onde a sentia.

2.3 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão na amostra, tivemos em conta: serem os profissionais que prestam cuidados diretos, designadamente posicionamentos, levantes e transferências de doentes, e aceitaram participar no estudo.

2.4 Procedimentos

Inicialmente foi elaborado um pedido de autorização à instituição de saúde, neste caso a ULS da Guarda, no sentido de permitir a aplicação do instrumento de colheita de dados no Hospital de Sousa Martins. Foi posteriormente sujeito à apreciação da Comissão de Ética, que atribuiu parecer favorável, após o que foi dada autorização formal da instituição de saúde para a colheita de informação.

Simultaneamente, foi garantido o respeito pelo anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes.

Os dados foram tratados no programa Microsoft Office Excel 2007.

3. RESULTADOS

A análise dos resultados referentes às características sociodemográficas da amostra possibilitou verificar que dos 24 profissionais de saúde que a constituíram, 17 eram enfermeiros e 7 eram assistentes operacionais, todos eles se encontrando a realizar 40 horas de trabalho semanal.

Constatou-se que os enfermeiros têm em média 16 anos de exercício profissional e as assistentes operacionais 20 anos.

No que se reporta à caracterização do estado de saúde, de referir que 9 profissionais (37.5%) têm uma patologia diagnosticada, encontrando-se 6 deles (25%) a cumprir terapêutica, não estando, no entanto, nenhum profissional a receber tratamentos de reabilitação na atualidade.

Apurou-se ainda que metade da amostra (50%) realiza exercício físico de forma regular e 87% (21 profissionais) afirma não ter hábitos tabágicos ou etílicos.

No presente estudo foram analisados dados referentes à sintomatologia ligada ao trabalho, através de um questionário específico (Questionário Nórdico Músculo-Esquelético).

Os resultados obtidos evidenciam uma frequência elevada de sintomas músculo-esqueléticos em diferentes zonas corporais, particularmente na região lombar, na qual 82.4% dos enfermeiros e 85.7% das assistentes operacionais referiram afetação; na região cervical (58.8% nos enfermeiros e 100% nas assistentes operacionais) e ombros (76,5% nos enfermeiros e 85,7% nas assistentes operacionais).

Para avaliar indicadores de gravidade dos sintomas, pesquisou-se o absentismo, ou seja, o abandono das suas atividades normais. A este respeito, apurou-se que a dor lombar foi a queixa mais frequente que impediu o profissional de saúde de realizar o seu

trabalho. Dos participantes, 29.4% dos enfermeiros e 28.6% das assistentes operacionais referiram ter estado ausente ao trabalho, nos últimos 12 meses, devido a dor lombar.

Neste estudo foi ainda feito um levantamento do nível de dor, tendo para tal sido utilizada uma escada de dor EVA de Bonica.

No que concerne à intensidade da dor, nos segmentos corporais mais acometidos, designadamente na região lombar e região cervical obtiveram-se valores médios de dor grau 3 para enfermeiros e grau 7 para assistentes operacionais. Nos ombros obtiveram-se valores médios de dor grau 3 para enfermeiros e grau 6 para assistentes operacionais.

4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam uma frequência elevada de sintomas músculo-esqueléticos em diferentes zonas corporais, particularmente na região lombar, na qual uma percentagem muito representativa (82.4% dos enfermeiros e 85.7% das assistentes operacionais) referiram afetação. Estes valores são ligeiramente superiores à encontrada em alguns estudos, designadamente de Trinkoff et al. (2002); Cotrim et al. (2006); Barroso et al. (2007).

A referência a queixas em vários segmentos da coluna vertebral, designadamente ao nível da coluna cervical e lombar vão de encontro ao encontrado na literatura, nomeadamente aos resultados do terceiro inquérito Europeu sobre as condições de trabalho, que revelou que 32.5% dos trabalhadores ativos na área da saúde apresentam afeções na coluna vertebral.

Efetivamente, no contexto de prestação de cuidados de saúde, é sabido que o levante e transferência de doentes da cama ou cadeiras constituem fatores de risco para a coluna vertebral, fundamentalmente devido ao peso dos doentes e das posições adotadas. Aliado a isto, e apesar de ser recomendável privilegiar as ajudas técnicas, há a considerar que a especificidade referente à movimentação de pessoas em ambiente hospitalar dificulta a total implementação de mecanização ou a automatização total da tarefa de movimentação, pois é imperativo ter em consideração a dignidade da pessoa. Desta forma sobreleva-se como fundamental que cada profissional não negligencie o seu corpo, e aprenda os gestos e posições que respeitam a sua coluna vertebral, com o intuito de reduzir o risco de adquirir lesões a ela associadas (Inspeção Geral do Trabalho, 2007).

De facto, no sector da saúde, grande parte das dores dorsais e lombares, ocorre no levante e transferência de doentes (cama-cama, cama-cadeira), pois são tarefas que implicam transporte e movimentação manual de cargas e movimentos frequentes de inclinação e de torção nomeadamente do tronco, que frequentemente se associam a repetição prolongada ao longo do tempo (Inspeção Geral do Trabalho, 2007). Estes aspetos referidos na literatura, predispõem ao absentismo por doença. A este respeito, os resultados obtidos revelaram que uma percentagem considerável (29.4% dos enfermeiros e 28.6% das assistentes operacionais) referiram ter estado ausente ao trabalho, nos últimos 12 meses, devido a dor lombar, o que é consonante com estudos já desenvolvidos (AESST, 2000).

CONCLUSÕES

A existência de LMERT's associadas ao contexto de prestação de cuidados de saúde, constitui uma preocupação para os Enfermeiros de Reabilitação, constituindo-se como um ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias de prevenção dessas lesões, no sentido de diminuir o mais possível o impacto negativo, quer a nível individual, social e económico a elas associado.

Este estudo, evidenciou uma frequência elevada de sintomas músculo-esqueléticos em diferentes zonas corporais, particularmente na região lombar, na qual 82.4% dos enfermeiros e 85.7% das assistentes operacionais referiram afetação; na região cervical (58.8% nos enfermeiros e 100% nas assistentes operacionais); e ombros (76.5% nos enfermeiros e 85.7% nas assistentes operacionais).

Também se apurou que a dor lombar foi a principal queixa responsável pelo absentismo de 29.4% dos enfermeiros e 28.6% das assistentes operacionais, nos últimos 12 meses.

Face ao elevado número de profissionais que apresentam sintomatologia ligada ao trabalho, com afetação de vários segmentos corporais, revela-se importante a adoção de medidas preventivas deste tipo de lesões, nomeadamente através de programas de exercícios terapêuticos e programas de reeducação postural e comportamental, de forma a promover a sua saúde e bem-estar.

Estamos certos que o conhecimento da existência destas lesões relacionadas com o trabalho irá necessariamente implicar a adoção de medidas preventivas no contexto da prática clínica, constituindo-se este um caminho a seguir, rumo à excelência.

Acreditamos ainda que futuras investigações alargadas a outros contextos profissionais, igualmente na área da saúde, constituem um alicerce fundamental para a promoção de mais e melhor saúde dos profissionais.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2000). Lesões por esforços repetitivos nos estados membros da EU: Síntese de um relatório da Agência. *Facts, 6*. Obtido de <http://bookshop.europa.eu/pt/facts-n-6.-les-es-por-esfor-os-repetitivos-nos-estados-membros-da-ue-pbTE2900028/>

Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. (2007). Lesões músculo-esqueléticas de origem profissional: Regresso ao trabalho. *Facts, 75*. Obtido de <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/publications/factsheets/75/view>

Alexandre, N. M. C., & Angerami, E. L. S. (1993). Avaliação de determinados aspetos ergonómicos no transporte de pacientes . *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 21*(77), 81-90.

Barroso, M., Carneiro, P., & Braga, A. (2007). Characterization of ergonomic issues and musculoskeletal complaints in a portuguese district hospital. In *Proceedings of International Symposium Risks for Health Care Workers: Prevention challenges*. ISSA, Athens.

Bonica, J. (1990). *The management of pain*. Philadelphia: Lea & Febiger.

Coelho, M. S. R. (2009). *Estudo da frequência de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, LMERT em profissionais de enfermagem* (Monografia de licenciatura, Universidade do Porto). Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21697/2/16363.pdf>

Cotrim, T., Ramalho, F., Duarte, A. P., & Simões, A. (2006). Assessing the exposure risk to low back-pain at nurses related with patient handling using MAPO. In *Proceedings of the 16th World Congress on Ergonomics: Meeting Diversity in Ergonomics*. Maastricht, Netherlands.

Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: Guia de orientação para a prevenção*. Lisboa.

Fonseca, M. R. F. T. (2005). *Contributo para a avaliação da prevalência de sintomatologia músculo-esquelética auto-referida pelos enfermeiros em meio hospitalar* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Porto.

Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3.ª ed). Loures: Lusociência.

Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2007). *Quarto inquérito europeu sobre as condições de trabalho*. Obtido de https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2006/78/pt/1/ef0678pt.pdf

Inspecção-Geral do Trabalho. (2007). *Alivie a carga: Prevenção das lombalgias no sector dos cuidados de saúde*. Lisboa.

Kuorinka, I., Johnsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K., (1987). Standardized nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics, 18*(3), 233-237.

Maia, P. (2002). *Avaliação da capacidade laboral de enfermeiros em contexto hospitalar* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho).Guimarães.

Ranney, D. (2000). *Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho*. São Paulo: Editora Roca.

Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões músculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: Ossos do ofício ou doenças relacionadas com o trabalho. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*(2), 193-203. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a10.pdf>

Trinkoff, A., Lipscomb, J., Geiger-Brown, J., & Brady, B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder and back and functional consequences in Nurses. *American Journal of Industrial Medicine, 41*(3), 170-178.

UVA, A. S. (2010). A identificação, a avaliação e o controlo dos riscos profissionais. *Diagnóstico e Gestão de Risco em Saúde Ocupacional*. Lisboa.

Millenium, 2(1), 367-374.

O EFEITO DO REIKI NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM BURNOUT

REIKI'S EFFECT ON HEALTH PERSONNEL SUBJECTED TO BURNOUT

EL EFECTO DEL REIKI EN LOS PROFESIONALES DE SALUD EN BURNOUT

*Paula Duarte*¹

*Ana Maria Frias*²

*Sandra Rizzo*¹

¹Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Portugal



RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde estão sujeitos a burnout. O Reiki é uma terapia complementar em que é transmitida a “Energia Universal” para as zonas mais necessitadas da pessoa, podendo apresentar benefícios nos profissionais de saúde.

Objetivo: Efetuar uma revisão sistemática da literatura de forma a analisar a literatura mais recente sobre os efeitos do Reiki nos profissionais de saúde sujeitos a stress/burnout.

Métodos: Efetuadas pesquisas nas bases de dados electrónicas Cinahl Plus, Medline, Lilacs e Cochrane e Library no motor de busca da EBSCO, na Biblioteca do Conhecimento Online (b-On) sendo selecionados 7 artigos. A pesquisa ocorreu durante o mês de Abril de 2016. Em artigos em português, inglês ou espanhol com publicação entre Janeiro de 2011 e Abril de 2016, fazendo referência a Reiki e profissionais de saúde.

Resultados: Da análise efetuada, emergem duas grandes categorias relativamente aos benefícios do Reiki nos profissionais de saúde: benefícios a nível pessoal e profissional. A nível pessoal, os benefícios relacionados com a saúde física e com a saúde mental. Aspectos físicos como a tensão arterial e a imunidade são influenciados de forma positiva pelo Reiki; na saúde mental diminui o stress relacionado com o trabalho e aumenta a autoconfiança.

Conclusões: O Reiki é benéfico para os profissionais de saúde sujeitos a stress/burnout, melhorando a saúde, diminuindo o stress, proporcionando autoconfiança e bem-estar.

Palavras-chaves: Toque terapêutico/Reiki; Burnout; Pessoal de saúde

ABSTRACT

Introduction: Health personnel is subjected to burnout. Reiki is a complementary therapy in which the “Universal energy” is transmitted to the most needed parts of the person’s body, possibly bringing benefits over health personnel.

Objective: Systematic Review of Literature in order to analyze the most recent literature about Reiki’s effects on health personnel subjected to stress/burnout.

Methods: Researches were conducted in electronic databases Cinahl Plus, Medline, Lilacs e Cochrane e Library in search engines Ebsco, Biblioteca do Conhecimento Online (b-On), selecting 7 articles. The research was conducted during April 2016, in articles in Portuguese, English or Spanish, published between January 2011 and April 2016, referring to Reiki and Health Personnel.

Results: From the analysis completed, two categories referring to Reiki’s benefits emerge: personal benefits and professional benefits. At personal level, benefits related to physical and mental health. Physical aspects such as blood pressure and immunity are influenced positively through Reiki; concerning mental health, labor related stress is diminished while self-trust increases.

Conclusions: Reiki is beneficial to health personnel subjected to stress/burnout, improving health, diminishing stress and proportioning self-trust and well-being.

Keywords: Therapeutic Touch/Reiki; Burnout; Health personnel

RESUMEN

Introducción: Los profesionales de la salud están sujetos a burnout. Reiki es una terapia complementaria que se transmite “Energía Universal” para las zonas más desfavorecidas de la persona, y puede tener beneficios en profesionales de la salud.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de la literatura con el fin de analizar la literatura más reciente sobre los efectos de Reiki en profesionales de la salud sujetos a estrés/burnout.

Métodos: Investigaciones realizadas en bases de datos electrónicas CINAHL Plus, Medline, Lilacs y Cochrane Library en el motor de búsqueda de EBSCO, la Biblioteca de conocimiento en línea (B-A) seleccionado 7 artículos. La encuesta se llevó a cabo durante abril de 2016, en los artículos en portugués, Inglés o Español publicados entre enero de 2011 y abril de 2016, refiriéndose a Reiki y profesionales de la salud.

Resultados: El análisis realizado, surgen dos categorías generales en relación con los beneficios de Reiki en profesionales de la salud: beneficios a nivel personal y profesional. A nivel personal, los beneficios relacionados con la salud física y la salud mental. Aspectos físicos como la presión sanguínea y la inmunidad están influenciados positivamente por el Reiki; salud mental reduce el estrés relacionado con el trabajo y aumenta la confianza en sí mismo.

Conclusiones: Reiki es beneficioso para los profesionales de la salud sujetos a estrés/burnout, mejorar la salud, reducir el estrés, proporcionando la confianza y el bienestar.

Palabras Clave: Toque Terapéutico/Reiki; Burnout; El personal de salud



INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar e em particular um serviço de urgência, faz com que os seus recursos humanos, principalmente os profissionais de saúde sejam submetidos a carga excessiva de stress, promovendo um declínio da saúde física e mental e favorecendo uma menor qualidade de vida do profissional (Christofoletti, Pinto, & Vieira, 2008).

A síndrome de burnout, surge com frequência nos profissionais de saúde como consequência da tensão emocional e dos esforços elevados resultante do contacto direto e contínuo com pessoas, especialmente quando estas têm problemas (Pires, Mateus, & Camara, 2004).

A qualidade dos cuidados que os profissionais de saúde com burnout prestam, não fica assegurada. É necessário minimizar e prevenir a síndrome de burnout através de estratégias da própria organização e de estratégias de coping do próprio indivíduo (Matos et al., 2015).

A realidade vivida em ambiente hospitalar pelos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Barreiro Montijo-EPE (CHBM-EPE) faz com que solicitem e recorram com frequência à utilização das sessões decorrentes do Projeto implementado desde o ano 2012, “Terapia de Reiki/Shiatsu aos profissionais de saúde do serviço de obstetrícia e bloco de partos”, sendo frequente a referência a dor física, stress, ansiedade e mal-estar. A existência deste projeto levou à necessidade de efetuar esta revisão sistemática da literatura, de forma a analisar a literatura atual acerca do efeito do Reiki nos profissionais de saúde, sujeitos a burnout e sua utilização como técnica terapêutica no cuidar dos profissionais de saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Reiki é uma terapia complementar, no âmbito das Terapias e Medicinas de Campo Bio Energético, realizada através de um toque suave ou a uma curta distância do corpo do paciente, sendo transmitida a “Energia Universal” (Reiki) para as zonas mais necessitadas da pessoa. Trabalha em conjunto com todas as Medicinas e outras Terapias nunca invalidando ou substituindo qualquer uma delas (Associação Portuguesa de Reiki, 2016).

O Mestre Mikao Usui, quando terminou o jejum no monte Kuramayama, em Quioto (Japão), alcançou a sensação de grande poder espiritual (energético), em que ambas as energias (aquele que é produzida a partir do poder do Universo e a outra que é emanada do seu próprio corpo) são combinadas. Por isso se chama Reiki. O seu corpo e o Universo tornam-se “Um” (Magalhães, 2016).

Pretende-se com as sessões de Reiki proporcionar bem-estar aos profissionais de saúde de forma a eliminar ou minimizar a sintomatologia decorrente do stress hospitalar prevenindo situações de síndrome de burnout.

2. MÉTODOS

A revisão sistemática da literatura consiste na realização de um exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação, integrando informações de estudos realizados onde podemos identificar elementos semelhantes e divergentes proporcionando reflexão (Fortin, 2000). Serve para orientar o desenvolvimento do projeto em curso, indicando novos rumos para futuras investigações e identificando os métodos de pesquisa utilizados em determinada área (Sampaio & Mancini, 2007).

2.1. Amostra

Seguindo as etapas do processo metodológico, a pergunta de partida é: “Qual a evidência sobre os efeitos das sessões de Reiki nos profissionais de saúde sujeitos a burnout?” Decorrente desta questão de investigação, foram enunciadas as seguintes palavras chave: Reiki, burnout, profissionais de saúde, benefícios.

Constituiu-se a seguinte expressão de pesquisa: Reiki AND Burnout AND Health professionals AND Benefits.

2.2. Instrumentos de recolha de dados

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados científicas: Cinahl Plus com texto completo, Medline, Lilacs e Cochrane e Library no motor de busca da EBSCO na Biblioteca do Conhecimento Online (b-On) durante o mês de Abril de 2016.

Obtiveram-se 108 resultados dos quais foram analisados 80 artigos (o mesmo artigo surgia duplicado em bases de dados diferentes) e selecionados 6 que cumpriam os critérios de inclusão.

2.3. Critérios de inclusão

Foram definidos como critérios de inclusão: ter texto completo de acesso livre, em português, inglês ou espanhol com publicação entre Janeiro de 2011 e Janeiro de 2016, fazendo referência a profissionais de saúde e Reiki. Foram excluídas as publicações sobre outros profissionais que não na área da saúde e também as publicações que não utilizaram o Reiki como forma de intervenção. Foram rejeitados textos repetidos.

2.4. Procedimentos

A seleção dos textos foi efetuada mediante a leitura do título e resumo de modo a determinar se havia relação com a pesquisa pretendida. Em grande parte dos textos, a leitura do título e resumo não foi suficientemente explícita e houve necessidade de se proceder à leitura integral do texto. Foram excluídos todos os artigos que não cumpriam os critérios de inclusão previamente definidos.

Os artigos selecionados a partir da base de dados da plataforma da Biblioteca do Conhecimento Online (b-On) foram 2 textos da Science Direct e 1 da Science Citation Index e 3 na EBSCO após introdução da expressão de pesquisa anteriormente referida.

Para além da pesquisa efetuada nas bases de dados anteriormente referidas, foi também efetuada pesquisa na base de dados Scielo utilizando as palavras-chave Reiki, burnout e profissionais de saúde, tendo-se encontrado 1 artigo que cumpria os critérios anteriormente referidos.

Foi efetuada avaliação crítica da qualidade dos textos selecionados.

3. RESULTADOS

A síntese da informação após análise dos textos selecionados encontra-se na figura que se segue, de forma a facilitar a sua sistematização e apresentação de modo objetivo.

Tabela 1 – Resumo dos estudos da amostra

Estudo	Autores (Ano), País	Desenho, objetivo do estudo	Participantes	Método, intervenções	Resultados
E1	Diaz-Rodriguez et al. (2011), Espanha.	Ensaio clínico randomizado, duplo-cego e placebo controlado, com desenho cruzado. Investigar os efeitos imediatos na Imunoglobulina A Salivar (IgAS), na atividade de alfa amilase e na pressão arterial, após uma aplicação de reiki em enfermeiras que sofrem de síndrome de Burnout.	n= 18 enfermeiras com síndrome de burnout diagnosticado por psicólogo experiente de acordo com critérios de Maslach.	As participantes receberam tratamento com Reiki ou Reiki placebo de acordo com a ordem estabelecida através da randomização em dois dias distintos.	O teste de Anova mostrou interação significativa entre o momento da intervenção e a pressão arterial diastólica e os níveis de IgAS. Uma sessão de Reiki de 15 minutos pode produzir uma melhora imediata da função imunológica IgAS e da regulação da pressão arterial em enfermeiras com síndrome de Burnout.
E2	Tarantino, Earley, Audia, D'Adamo, Berman (2013), EUA	Estudo misto. Resolução de stress, fadiga e esgotamento, doenças comuns entre os profissionais de saúde.	n= 84 Profissionais de saúde	Programa de autocuidado, integrativo, holístico. Curso experimental intitulado Caminhos de Cura. Eficácia medida através de entrevistas qualitativas que fornecem o feedback em profundidade e análise quantitativa demonstrando benefício estatisticamente significativo.	Um programa de bem-estar e resiliência integrada, diminui o stress, aumenta a autoconfiança e o bem-estar de enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde.



E3	Cuneo, Curtis Cooper, Drew, Naoum- Heffernan, Sherman, Watz, Weinberg (2011), EUA	Estudo Experimental. Avaliar o impacto da educação, treino e prática de Reiki sobre o stress relacionado com o trabalho da enfermeira.	n= 26 enfermeiros experientes, expostos a stressores de enfermagem, matriculados na classe de Reiki I e que completaram a Escala Cohen de perceção de stress.	Receberam formação estandardizada de Reiki I e sintonização por um professor Mestre de Reiki. Executaram 10-15 minutos diários de auto-reiki durante 21 dias. Preencheram de novo a escala Cohen de percepção do stress e um questionário com 3 perguntas sobre se tinham experimentado grandes pressões ou receberam terapias integrativas adicionais durante os 21 dias.	Houve diminuição significativa na pontuação estatística da Escala Cohen de percepção de stress. A maioria dos comentários diários dos efeitos do Reiki são benéficos. Este estudo refere a formação do enfermeiro sobre a prática de Reiki para diminuir o stress do trabalho.
E4	Chiaramonte, D'Adamo, Amr (2015), EUA	Estudo experimental. Inclusão de Programa de Medicina Integrativa com foco no bem-estar, para residentes de Medicina Preventiva. Maximizar a saúde e bem-estar na pessoa como um todo (corpo, mente e espírito) e centrar-se no seu próprio bem-estar.	n= 6 estudantes de Medicina na área de Medicina Preventiva	Elaboração e implementação de curriculum único na formação de Medicina Integrativa e Preventiva. Apresentações didáticas, seminário, prática clínica, palestras incluindo nutrição, fitoterapia, gestão da dor, terapias de manipulação, espiritualidade. Efetuados退iros por profissionais, utilizando técnicas de auto atendimento na redução prática do stress com meditação, mindfulness, aprendizagem com cavalos, Reiki. Sessões de Clube de Jornal. Utilização de questionário de avaliação antes e após intervenção curricular. Reavaliação após 2 anos.	Impacto global positivo do programa no seu desenvolvimento pessoal e profissional.
E5	Novoa, Cain (2014), EUA	Estudo experimental transversal, randomizado. Examinar os efeitos do Reiki no risco de stress traumático secundário (STS) e sintomas associados nos profissionais de saúde mental.	n= 67 profissionais de saúde mental: mestres estudantes de serviço social, trabalhadores profissionais sociais, conselheiros profissionais licenciados. Amostra não probabilística intencional.	Recrutamento de participantes com envio de convite, utilização de listas de correio eletrónico, contacto com agências de saúde mental e boca a boca. Utilização de Escala de Vida de qualidade profissional para identificar risco médio a alto de STS. Efetuadas 4 sessões de Reiki, 1/semana à mesma hora, no mesmo dia da semana. Designados de forma aleatória para sessão de Reiki. Efetuado tratamento placebo e grupo de controle. Reiki efetuado por um Mestre de Reiki experiente (12 anos). Mantidas condições semelhantes. Aplicado pré- teste e pós-teste.	Os resultados são medidos como mudanças nos sintomas mais comuns em pessoas afetadas pelo STS, incluindo ansiedade, depressão, raiva, hostilidade, sintomas somáticos, desesperança. Não houve diferenças significativas em STS; ansiedade, depressão, somatização, raiva, hostilidade e desesperança entre os grupos Reiki, placebo e intervenção controle. O tratamento Reiki foi ineficaz para esta amostra de profissionais de saúde mental com STS moderada e sintomas associados.



E6	Houck (2013), EUA	<p>Intervenção educacional com o propósito de fornecer aos enfermeiros conhecimentos, habilidades e recursos para a prática de auto-atendimento eficaz e reconhecer o momento de solicitar ajuda de forma a manter a sua saúde física e emocional.</p>	<p>n= 34 enfermeiros hospitalares e do ambulatório.</p>	<p>Programa para reconhecer e combater sintomas. Etapas do processo de luto. Impacto da dor no atendimento ao paciente e no bem-estar do enfermeiro. Estratégias de sobrevivência. Apoio espiritual, fé e religião. Prioridade pessoal e profissional, definição de limite, bem-estar espiritual e estratégias de auto-atendimento. Retiros, grupos de apoio, confraternizações, livros de memória, oportunidade de se lamentar. Reconhecimento da necessidade de se auto-cuidarem e de serem ajudados. Conceito de saúde integral – corpo e espírito. Técnicas de respiração, imaginação guiada, alongamentos e automassagem, toque terapêutico, yoga, meditação, Reiki, uso da cor, visualização para auto-cura. A importância de autocuidados básicos como descanso, sono, nutrição. Folhetos com instruções, literatura. Escala de Vida da Qualidade Profissional pré e pós-formação para avaliação.</p>	<p>Os enfermeiros apreciaram o foco no autocuidado, perceberam a necessidade prioritária de fazer manutenção da sua saúde emocional. Sentiram-se menos isolados e mais propensos a pedir ajuda quando necessário. Existem outras atividades para apoiar os enfermeiros, incluindo as educacionais para enfermeiros da área de oncologia e de outras áreas. Enfermeiros melhor preparados para reconhecer os problemas identificam necessidade de ajuda e utilizam autoajuda.</p>
E7	Brown (2012), Reino Unido.	<p>Capacitar estudantes a desenvolver habilidades e melhorar conhecimento de modo a possibilitar a prática de medicina holística com ênfase no cuidar de si próprio. Incentivar a existência de cursos para as escolas médicas.</p>	<p>Numero não definido de estudantes do 3º ano de Medicina a efetuarem a formação.</p>	<p>Programa SSC (student selected component), módulo do Brighton and Sussex Medical School, faz parte do currículo médico de ensino; sessões teórico-práticas. Efetuaram prática reflexiva, relaxamento, meditação, trabalharam os valores, a autoestima, a criatividade. Experimentaram massagem, Reiki, shiatsu, reflexologia, nutrição. Efetuaram relatórios.</p>	<p>Aumento da consciência holística em relação a utentes e a si próprio como médico.</p>

4. DISCUSSÃO

Da análise efetuada aos artigos em estudo, emergem duas grandes categorias relativamente aos benefícios do Reiki nos profissionais de saúde: a primeira refere-se aos benefícios a nível pessoal e a segunda aos benefícios a nível profissional.

A nível pessoal, encontrou-se referência e benefícios relacionados com a saúde física e com a saúde mental. Diaz-Rodriguez et al. (2011) referem que o tratamento com sessões de Reiki, quando aplicado a enfermeiros em burnout, tem benefícios a nível da saúde física, nomeadamente regulariza a tensão arterial e melhora a função imunológica.

O efeito do Reiki na saúde mental foi estudado por Tarantino, Earley, Audia, D'Adamo, & Berman (2013) que referem que a aplicação de um programa de autocuidado a enfermeiros e outros profissionais que inclui sessões de Reiki, aumenta a autoconfiança e diminui os níveis de stress. Houck (2014), que também estudou o efeito da aplicação de um programa de auto atendimento (que inclui sessões de Reiki) em profissionais, concluiu que este diminui a sensação de isolamento, facilita o reconhecimento de problemas pelos profissionais e promove a utilização da autoajuda para os indivíduos.

Relativamente a benefícios profissionais do Reiki, quando aplicado aos profissionais, encontraram-se achados relativos ao efeito no próprio e nos outros/utentes.

A nível do efeito do Reiki no próprio, identificaram-se benefícios como o aumento da consciência holística, como é referido por Brown (2012) no seu estudo em que se aplicou um programa de intervenção a estudantes de medicina que incluía sessões de Reiki. Outro benefício identificado foi um impacto positivo no desenvolvimento pessoal e profissional, estudado por Chiaramonte, D'Adamo, & Amr (2015), que aplicaram uma formação de auto atendimento a estudantes de Medicina que incluía sessões de Reiki. Outro benefício encontrado foi a diminuição do stress laboral, referido por Cuneo et al. (2011), que estudaram os efeitos de um curso de auto Reiki em enfermeiros.



Encontrou-se ainda referência dos benefícios do Reiki no profissional, mas a nível do contacto com os outros/utentes. Os profissionais, como seres humanos, têm a sua atividade profissional condicionada pelas suas próprias vivências, sentimentos e experiência. Encontrou-se referência ao benefício que um programa que incluía sessões de Reiki na prática de estudantes de medicina, sendo que aumentou a consciência holística dos estudantes relativamente aos utentes (Brown, 2012).

A maior parte dos estudos encontrados não utilizam o Reiki por si próprio como intervenção única; incluem-no como intervenção em programas multifatoriais, que utilizam diversos tipos de intervenção para a melhoria do estado físico, mental e profissional dos indivíduos estudados. No entanto, estudos que utilizam tratamentos somente com sessões de Reiki demonstram, claramente, benefícios físicos, como é o caso de Cuneo et al. (2011) e de Diaz-Rodriguez et al. (2011) em relação à diminuição do stress sentido por enfermeiros.

Outro achado nos estudos selecionados, relativamente ao efeito do Reiki em profissionais com Stress Traumático Secundário (STS), demonstra que o Reiki parece ser ineficaz em pessoas com STS moderado e sintomas associados (Novoa & Cain, 2014).

A formação em Reiki é benéfica na prática dos enfermeiros de forma a diminuir o stress laboral, possibilitando o autoreiki, como concluem Cuneo et al. (2011). Programas de formação que incluem Reiki também são benéficos para os profissionais de saúde, como o utilizado por Tarantino, Earley, Audia, D'Adamo, & Berman (2013) assim como o incluído na formação curricular dos médicos, como referem Chiaramonte, D'Adamo & Amr (2015) onde são aprendidos comportamentos de redução do stress, de entre outros, o autocuidado. Brown (2012) também faz referência a programa de formação, fazendo parte do 3.º ano do currículo médico e incentiva a existência de cursos para as escolas médicas.

CONCLUSÕES

A revisão sistemática da literatura efetuada permitiu obter dados objetivos acerca dos benefícios do Reiki nos profissionais de saúde. Foram encontrados benefícios a nível pessoal e profissional. A nível pessoal é feita referência tanto em relação à saúde física como mental. Foi demonstrado que aspectos físicos como a tensão arterial e a imunidade são influenciados de forma positiva pelo Reiki, regulando a pressão arterial e produzindo melhoria imediata na função imunológica. Em relação à saúde mental diminui o stress relacionado com o trabalho e aumenta a autoconfiança. O Reiki foi incluído em programas de formação para profissionais de saúde, para enfermeiras e para estudantes de medicina que referiram ter aumentado o seu bem-estar, a autoconfiança, a facilidade de reconhecimento de problemas. Foi promovida a utilização da autoajuda e o stress diminuiu.

A nível profissional houve aumento da consciência holística, melhoria no atendimento aos utentes e aumento da qualidade dos cuidados prestados.

A maior parte dos estudos encontrados não utilizam o Reiki por si próprio como intervenção única, incluem-no como intervenção em programas multifatoriais, que utilizam diversos tipos de intervenção para a melhoria do estado físico, mental e profissional dos indivíduos estudados. Existe um estudo que, contrariamente a todos os selecionados, refere que o Reiki parece ser ineficaz em pessoas com Stress Traumático Secundário moderado e sintomas associados.

Devem ser efetuados mais estudos utilizando o Reiki como intervenção, de forma a estudar os seus efeitos nos profissionais de saúde sujeitos a stress/burnout.

Estes resultados acreditam que o Reiki é benéfico para os profissionais de saúde sujeitos a stress/burnout, melhorando a saúde, diminuindo o stress e proporcionando autoconfiança e bem-estar, atuando preventivamente na síndrome de burnout.

As conclusões obtidas pelos pesquisadores acima enunciados reforçam a necessidade de existência de projetos hospitalares. Sabendo que profissionais mais saudáveis, com pressão arterial normalizada, sistema imunitário fortalecido, aumento da autoconfiança e menos sujeitos a stress estão mais capacitados para desenvolver trabalho na área da saúde e de certo, sentindo-se melhor consigo próprios. Afinal, existe um aumento da consciência holística em relação a si e em relação aos utentes.

Sugere-se a continuação de estudos científicos acerca do Reiki e sua influência quer nos profissionais de saúde quer nos utentes, de forma a termos uma população mais receptiva às trocas energéticas do universo e portanto uma população mais feliz e em harmonia.

REFERÊNCIAS

Associação Portuguesa de Reiki. (2016). *O que é reiki*. Acedido em: <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/o-que-e-reiki/>

Brown, C. (2012). Practising medicine holistically: Training for third year medicine holistically. *Journal of Holistic Healthcare*, 9(3), 10-13.

Chiaramonte, D. R., D'Adamo, C., & Amr, S. (2015). Implementation of an integrative medicine curriculum for preventive medicine residents. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(5 Suppl. 3), S249-S256. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.018

Christofoletti, G., Pinto, S. M. C., & Vieira, A. (2008). Análise das condições físico-mentais de funcionários do sector de pediatria do hospital das clínicas de Goiânia. *Revista Movimenta*, 1(1), 7-10.

Cuneo, C. L., Curtis Cooper, M. R., Drew, C. S., Naoum-Heffernan, C., Sherman, T., Walz, K., & Weinberg, J. (2011). The effect of reiki on work-related stress of the registered nurse. *Journal of Holistic Nursing*, 29(1), 33-43. doi: 10.1177/0898010110377294

Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). Uma sessão de reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1-7.

Fortin M.-F. (2000). O processo de investigação: Da concepção à realização (2.ª ed.). Loures: Lusociência.

Houck, D. (2014). Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: An educational intervention. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454-458. doi: 10.1188/14.CJON.454-458

Magalhães J. (2016). Reiki: Um guia para uma vida feliz. Camarate: Nascente.

Matos, N., Rocha, L., Varandas, C., Rosado, S., D'Oliveira, D., Santos, R., ... Frias, A. (2015). A síndrome de burnout em profissionais de enfermagem em unidades críticas. *Onco.News*, 30, 8-15. Acedido em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/18237/1/AEOP%20-%20revista%20nº%2030%20jul-out%202015.pdf>

Novoa, M.P., & Cain, D.S. (2014). The effects of reiki treatment on mental health professionals at risk for secondary traumatic stress: A placebo control study. *Best Practice in Mental Health*, 10(1), 29-46.

Pires, S., Mateus, R., & Camara, J. (2004). Síndrome de burnout nos profissionais de saúde de um centro de atendimento a toxicodependentes. *Toxicodependências*, 10(1), 15-23.

Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=446088&indexSearch=ID>

Tarantino, B., Earley, M., Audia, D., D'Adamo, C., & Berman, B. (2013). Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. *Explore*, 9(1), 44-47. doi: 10.1016/j.explore.2012.10.002

Millenium, 2(1), 377-385.

REIKI COMO TERAPIA NÃO CONVENCIONAL: CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS

REIKI AS AN UNCONVENTIONAL THERAPY: NURSES KNOWLEDGE

REIKI COMO TERAPIA NO CONVENCIONAL: CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

*Cristina Cunha*¹

*Rosa Martins*²

¹Hospital de Sousa Martins, ULS da Guarda, EPE, Portugal

²Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal



RESUMO

Introdução: O Reiki é uma terapia realizada através da colocação das mãos em pontos específicos do corpo e que utiliza a transferência de energia para proporcionar um bem-estar natural. A Enfermagem também apresenta dentro das suas intervenções específicas, uma vertente essencial baseada no toque à pessoa a quem presta cuidados, sendo por isso importante possuir conhecimentos corretos sobre estas técnicas.

Objetivo: Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros acerca do Reiki e identificar fatores determinantes nesses conhecimentos

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra de 49 enfermeiros a exercer funções em instituições de saúde da região centro do país, baseado num questionário que avalia os conhecimentos e que foi elaborado para o efeito pelas investigadoras.

Resultados: Constatamos que os conhecimentos globais dos enfermeiros sobre o Reiki eram maioritariamente razoáveis e altos. Pudemos verificar, com diferenças estatisticamente significativas, correlações entre o “Conhecimento Total”, e as variáveis “ter sintonização em Reiki” e “ter recebido tratamento com Reiki” para o grupo de enfermeiros dos Cuidados Diferenciados (CD).

Conclusões: Os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Reiki são bastante positivos sendo estes claramente superiores no grupo que exerce funções em CD. Por outro lado encontrámos fatores que interferem na determinação desses conhecimentos e que por isso importa controlar.

Palavras-chaves: Reiki; Enfermagem; Conhecimentos

ABSTRACT

Introduction: Reiki therapy is performed by placing the hands on specific points of the body and uses energy transfer to provide a natural well-being. Nursing also provides, within its specific interventions, an essential component based on touching the person who we provide care, so it's important to have correct knowledge about these techniques.

Objective: Evaluate the knowledge of nurses about reiki and identify determinants that condition that knowledge.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive and correlational, conducted on a sample of 49 nurses who work in health institutions of the central region of Portugal, based on a knowledge questionnaire prepared by the researchers.

Results: We found that nurse's overall knowledge about Reiki were mostly reasonable and high. We also found correlations with statistically significant differences between the “Total Knowledge” and the variables “have attunement in Reiki” and “receiving Reiki treatment” for the group of nurses from the Differentiated Care (DC):

Conclusions: The knowledge of nurses about Reiki is very positive and clearly superior in the group working on DC. On the other hand we found factors that interfere with the determination of this knowledge and therefore are important to control.

Keywords: Reiki; Nursing; Knowledge

RESUMEN

Introducción: Reiki es una terapia llevada a cabo mediante la colocación de las manos sobre puntos específicos del cuerpo y utiliza la transferencia de energía para proporcionar un bienestar natural. Los enfermeros también tienen dentro de sus intervenciones específicas, una parte esencial basada en el contacto con la persona, por lo que es importante tener un conocimiento correcto sobre estas técnicas.

Objetivo: Evaluar los conocimientos del personal de enfermería acerca de Reiki e identificar sus determinantes.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y correlacional, realizado sobre una muestra de 49 enfermeros que trabajan en instituciones de salud de la región central del país, basado en un cuestionario que fue elaborado por las investigadoras.

Resultados: Se encontró que los conocimientos generales de los enfermeros sobre Reiki eran en su mayoría razonables y altos. Hemos observado, con diferencias estadísticamente significativas, correlaciones entre el “conocimiento total” y las variables “tener sintonización de Reiki” y “recibir tratamiento de Reiki” para el grupo de enfermeros de los Cuidados Diferenciados (CD).

Conclusiones: Los conocimientos de los enfermeros sobre Reiki son bastante positivos y claramente superiores en el grupo de trabajo en CD. Por otro lado encontramos factores que interfieren con la determinación de estos conocimientos y por lo tanto se deben controlar.

Palabras Clave: Reiki; Enfermeros; Conocimientos



INTRODUÇÃO

As Terapêuticas Não Convencionais (TNC) existem há milhares de anos, tanto nas civilizações orientais como nas ocidentais, contudo tiveram um novo incremento e maior desenvolvimento no início deste século.

A Organização Mundial de Saúde em 2013 publicou um documento onde foram definidas estratégias sobre a medicina tradicional. Nesse documento consta a sua missão, como organização, que “consiste em ajudar a salvar vidas e a melhorar a saúde” (p. 16), e nesse sentido apoia os estados membros no desenvolvimento de políticas nacionais para o setor das TNC.

As TNC consistem, então, num conjunto de práticas, uso de produtos e vários sistemas de cuidados que não estão incluídos na chamada medicina convencional (NCCAM, 2011 citada por Carvalho, Lopes & Gouveia, 2012). Em Portugal, estas práticas também estão presentes, pois um estudo levado a cabo pelos investigadores supra citados, na região da grande Lisboa, mostrou que sensivelmente 77% dos inquiridos já tinham recorrido a alguma TNC pelo menos uma vez. Neste estudo identificaram como maiores utilizadores das TNC os indivíduos do sexo feminino, com idade entre os 30 e os 69 anos, habilitados com estudos superiores e rendimentos mensais entre os 1000 e os 1500 euros.

A Lei nº 71/2013 de 2 de Setembro regulamenta a Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, engloba os profissionais que exerçam Acupunctura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Naturopatia, Osteopatia e Quiropraxia.

O Reiki embora seja a terapia energética que mais se tem desenvolvido e à qual têm recorrido cada vez mais pessoas (Burke, 2010), inclusive no próprio Sistema Nacional de Saúde, não foi abrangido pela lei referida.

De facto o estudo sobre os conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki nasceu de um interesse pessoal sobre esta terapia, mas especialmente sobre a forma de a introduzir nas práticas de Enfermagem. Não obstante, esta prática só poderá ser introduzida no desenvolvimento de competências dos enfermeiros se estes tiverem conhecimentos suficientes e necessários, que é o que pretendemos avaliar, bem como os fatores que os influenciam.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Reiki teve uma projeção mediática no nosso país através da Enfermeira e Mestre de Reiki, Zilda Alarcão que conduziu um estudo sobre o seu uso em utentes oncológicos no Hospital de S. João - Porto. Os autores verificaram que existia um aumento da qualidade de vida, um maior bem-estar, redução da ansiedade e menores efeitos colaterais da quimioterapia entre os doentes que receberam esta terapia (Cardoso, 2013).

A prática desta terapia já é conhecida noutras instituições a nível nacional, estando mais orientada para serviços onde se prestam cuidados a doentes oncológicos e/ou com dor.

Reiki

O Reiki é um sistema terapêutico holístico usado tanto para promover o autoconhecimento e o crescimento espiritual como para tratar, equilibrar e restaurar a harmonia global do indivíduo (corpo, mente, emoções e espírito). É uma excelente terapia profilática uma vez que leva a pessoa a encontrar o seu equilíbrio vital, podendo ser autoaplicado, aplicado a outras pessoas, presencialmente ou à distância (Ramos & Ramos, 2005).

Trata-se de uma terapia não invasiva, realizada através da imposição das mãos, que utiliza energia sem recorrer a manipulação ou a massagem. É um método utilizado para se atingir um bem-estar natural através da transferência de energia que ativa os centros energéticos (Quest, 2012; Rodrigues, 2010; Ramos & Ramos, 2005), e o praticante é apenas um canal por onde é transferida a energia, não interferindo no processo que é único e individual para cada pessoa (Cavalheiro, 2003). Além disso o Reiki, como terapia complementar, pode ser utilizado de forma paralela com todas as medicinas e terapias existentes, não substituindo ou colidindo com nenhuma delas (Associação Portuguesa de Reiki, 2013).

O termo Reiki, é uma palavra japonesa que é, habitualmente, traduzida por “energia vital do Universo” (Quest, 2012; Rodrigues, 2010; Ramos & Ramos, 2005; Cavalheiro, 2003).

O Reiki tem como principal efeito o aumento da capacidade auto-curativa da pessoa, indo à causa do problema. Os seus benefícios podem ocorrer das mais variadas formas. Aumenta a produção de endorfina (Sousa, 2012), reduz a ansiedade ao conduzir a um profundo estado de relaxamento; aumenta as defesas do corpo por estimulação do sistema imunitário; alivia estados depressivos e fadiga; elimina ou reduz os efeitos secundários de fármacos (ex: citostáticos); acelera a eliminação de toxinas do organismo; aumenta a capacidade de recuperação após uma intervenção cirúrgica ou doença (Associação Portuguesa de Reiki, 2013).

Num estudo realizado em Portugal, Cardoso (2013) verificou diminuição da dor (57%) e melhorias não especificadas a nível físico



(34%) nos participantes de um estudo sobre os efeitos do Reiki.

Técnica de tratamento

O tratamento com Reiki é realizado estando a pessoa confortavelmente deitada e vestida. O primeiro decúbito habitualmente adotado é o dorsal e depois o ventral, embora não sejam posições obrigatórias. O praticante de Reiki vai colocando as mãos em partes específicas do corpo, da pessoa, que mantém durante cerca de três a cinco minutos. Frequentemente são usadas 12 posições das mãos, podendo, o tratamento, demorar uma hora ou mais. Após o tratamento, pode acontecer que algumas pessoas apresentem sintomas físicos semelhantes a um estado gripal (Quest, 2012; Ramos & Ramos, 2005; Lübeck, 1998), porém o Reiki está indicado a pessoas em todas as idades e pode-se receber-se mesmo durante a gravidez.

Enfermagem e Reiki

De acordo com Hesbeen (2001) citado por Ferreira et al (2007), a Enfermagem, dada a sua abrangência e falta de nitidez nos seus contornos, entre outras características, é bastante difícil de descrever se o pretendemos fazer de forma exaustiva, pois nem sempre é fácil de definir.

O desenvolvimento científico e tecnológico que tem vindo a acontecer também na área da saúde, acarreta alguns riscos nomeadamente quando o ser humano é visto como um conjunto de especialidades em que cada um trabalha isoladamente. A Enfermagem visa exatamente o contrário, uma vez que cuida a pessoa de uma forma holística.

Similarmente o Reiki e outras TNC parecem privilegiar abordagens mais individualizadas para cada indivíduo, ao contrário dos tratamentos convencionados e vigentes que parecem estar mais adequados às doenças do que às pessoas. Na verdade nas TNC cada pessoa é incentivada a assumir a responsabilidade pela sua saúde e bem-estar, ao inverso do modelo convencional, enfermado ainda por algum paternalismo.

A Organização Mundial de Saúde recomenda desde 1978 a integração das práticas tradicionais de cura nas atualmente estabelecidas, bem como a promoção do respeito, reconhecimento e cooperação entre os profissionais destas diferentes áreas.

Num contexto mais atual, a North American Nursing Diagnosis Association (2005) citada por Natale (2010) introduziu o diagnóstico “Distúrbio do Campo Energético” que pode designar alteração no fluxo de energia da pessoa podendo vir a ter implicações no corpo, mente e/ou espírito. Este diagnóstico, embora seja ainda controverso, representa uma abertura à avaliação subjetiva e introdução das terapias energéticas nos cuidados de Enfermagem.

No cenário português, a Ordem dos Enfermeiros já emitiu alguns pareceres sobre este assunto, onde refere “que, nos termos da lei vigente, não foi encontrada incompatibilidade legal entre o exercício simultâneo da profissão de Enfermagem e da terapia Reiki” (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Acrescenta que algumas terapias alternativas poderão ser integradas na prática clínica de Enfermagem uma vez que podem promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual do doente, orientando para as que se encontram mencionadas no eixo recursos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para Natale (2010) os enfermeiros ocupam o lugar certo na liderança do processo de integração das terapias energéticas no modelo biomédico existente, bem como para conduzir processos de investigação que validem estas terapias. Corroborando este autor, Natherson (2012) refere que os enfermeiros desempenham um papel primordial na organização dos cuidados num vasto leque de serviços.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, de cariz quantitativo.

2.1 Amostra

A amostra é do tipo não probabilístico por conveniência e é constituída por 49 enfermeiros dos quais 36.7% são do género masculino e 63.3% do feminino. Apresentam uma idade mínima de 24 e uma máxima de 56 anos correspondendo uma média de 38.96 e um desvio padrão de 7.58 anos. Do total da amostra 73.5% exerce funções em unidades de Cuidados Diferenciados (CD) e 26.5% em unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Instituições localizadas na zona centro de Portugal.



2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados que selecionámos foi um questionário dividido em quatro partes que foi elaborado pelas autoras especificamente para este estudo, uma vez que não foram encontradas escalas validadas para esta temática.

- Caracterização sociodemográfica: género, idade e habilitações académicas.
- Caracterização profissional: tempo de serviço, categoria profissional e local de trabalho.
- Caracterização contextual: tipo de contacto que os participantes tiveram com o Reiki.
- Conhecimentos sobre Reiki: constituída por 44 afirmações dicotómicas que pretendem avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki. Os itens foram divididos em quatro dimensões baseadas na revisão bibliográfica realizada, sendo elas: Conceito e História; Prática do Reiki; Formação em Reiki e Reiki no Contexto Profissional, cada uma com 11 itens. Foi atribuída a pontuação de zero a cada resposta incorreta e um a cada resposta correta, variando o score total entre zero e 44 pontos, em que zero corresponde a conhecimentos nulos e 44 ao máximo de conhecimentos avaliados. Designámos ainda, níveis de conhecimento a partir da pontuação total obtida através da escala, da seguinte forma:
 - Baixos conhecimentos – score total \leq à média () – 0.25 do Desvio padrão (Dp).
 - Moderados conhecimentos – score total entre os valores: - 0.25 do Dp e + 0.25 do Dp.
 - Altos conhecimentos – score total \geq à + 0.25 do Dp.

2.3 Procedimentos

Todos os procedimentos seguiram uma respeitosa conduta ética. O questionário foi distribuído prioritariamente por correio eletrónico, tendo para isso recorrido à plataforma da Google® e limitado a uma resposta por cada endereço.

Os dados foram tratados informaticamente com o recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 22.0 para Windows).

3. RESULTADOS

Os resultados do estudo mostram que 59.1% dos enfermeiros possui “razoáveis conhecimentos”, 38.6% possui “altos conhecimentos” e 2.3%, “baixos conhecimentos” sobre Reiki.

No grupo dos CD verificamos que os enfermeiros se dividiram entre os “razoáveis conhecimentos” (59.4%) e os “altos conhecimentos” (40.6%). Já o grupo dos CSP apresentou maior representação na categoria “razoáveis conhecimentos” com 58.4% e menor representação na categoria “baixos conhecimentos” sobre Reiki, com 8.3%.

Embora o género feminino seja o mais prevalente na amostra (63.3%), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0.05$) para nenhuma dimensão o que comprova a independência entre as variáveis em estudo. Apesar disso verificou-se um maior nível de conhecimentos nos elementos do género masculino a exercer funções nos CD para todas as dimensões do conhecimento e “Conhecimento Total”, exceto para a dimensão, “Formação em Reiki”. Por sua vez, os enfermeiros dos CSP apresentaram ordenações médias mais elevadas que as enfermeiras apenas nas dimensões “Formação em Reiki” e “Reiki no Contexto Profissional”.

O grupo etário mais representado é o dos 36 aos 43 anos com 38.8%. As ordenações médias mais elevadas correspondem aos enfermeiros com mais de 44 anos tanto no grupo a exercer funções nos CD como nos CSP. Contudo, as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($X^2 = 7.561$; $p=0.023$) no grupo a exercer funções nos CD.

Verificamos assim, que para os enfermeiros a exercer funções nos CD, a idade é explicativa para os conhecimentos sobre o Reiki, na dimensão “Conceito e História”.

Relativamente às habilitações académicas, apurámos que 53.0% dos enfermeiros possui a Licenciatura, 32.7%, possui uma Pós-Licenciatura e que 14.3% está habilitado com Mestrado.

Pudemos verificar nos dois grupos ordenações médias mais elevadas nos enfermeiros habilitados com Mestrado, contudo as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($X^2 = 6.890$; $p=0.032$) no grupo de enfermeiros a exercer funções nos CD.



A categoria profissional com maior representação é a de Enfermeiro com 36.7%, seguida da de Enfermeiro Graduado com 32.7% e de Enfermeiro Especialista com 30.6%. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” para os enfermeiros que exercem funções nos CD, o que confirma a existência de relação entre estas variáveis ($\chi^2 = 7.877$; $p=0.019$).

O tempo de exercício na profissão oscila entre os 2 e os 36 anos com uma média de 16.41 anos, um desvio padrão de 7.23, e um CV de 44.9%, o que revela uma elevada dispersão em torno da média. Os enfermeiros com maior representatividade inserem-se no grupo que exerce funções há menos de 14 anos (36.7%).

Comprovamos que 89.8% dos enfermeiros já tinham ouvido falar sobre Reiki. As principais fontes de informação foram Amigos (40.9%), Ações de Formação (20.5%), Televisão (20.5%) e por último a Internet, Revistas e outros (18.1%). As diferenças encontradas não se configuram estatisticamente significativas, o que leva a afirmar que as fontes de informação sobre Reiki não determinam o conhecimento acerca desta terapia.

Constatámos ainda que 20.5% dos participantes já tinham sido submetidos a tratamento com Reiki pelo menos uma vez. Os enfermeiros que exercem funções nos CD e que receberam tratamento com Reiki são aqueles que têm melhores conhecimentos nas dimensões, “Prática de Reiki” ($U= 18.500$; $p=0.003$), “Formação em Reiki” ($U=35.500$; $p=0.036$), “Reiki no Contexto Profissional” ($U=23.000$; $p=0.007$) e “Conhecimento Total” ($U=21.500$; $p=0.006$).

Pudemos verificar que 11.4% da amostra recebeu sintonização em Reiki, sendo nestes as médias mais elevadas. Verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões e no conhecimento total no grupo dos CD, comprovando que ter recebido sintonização em Reiki é explicativo para os conhecimentos sobre esta terapia, neste grupo. Assim, registámos “Conceito e História” ($U=8.500$; $p=0.006$), “Prática de Reiki” ($U=15.000$; $p=0.017$), “Formação em Reiki” ($U=3.000$; $p=0.002$), “Reiki no Contexto Profissional” ($U=20.500$; $p=0.040$) e “Conhecimento Total” ($U=4.500$; $p=0.003$).

Sobre a inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no PCLE, a maioria (75.0%) dos enfermeiros considera-o importante, com uma maior uniformidade na resposta afirmativa no grupo a exercer funções nos CD enquanto no grupo a exercer funções nos CSP existe uma distribuição equitativa nas respostas. No entanto, só foi encontrada diferença estatística significativa na dimensão “Reiki no Contexto Profissional” ($U=11.000$; $p=0.001$), o que comprova uma grande relação entre esta dimensão do conhecimento e a concordância na integração do Reiki e outras TNC no PCLE, para os enfermeiros que exercem funções nos CD.

4. DISCUSSÃO

A amostra do nosso estudo é predominantemente feminina (63.3%), apresentando, no entanto, 36.7% de participantes do género masculino. A idade média apresentada é de 38.96 anos, onde 38.8% dos enfermeiros têm entre 36 e 43 anos, 30.6% têm menos de 35 anos e 30.6% têm idade superior a 44 anos.

Do total da amostra, 73.5% dos enfermeiros exercem funções nos CD e 26.5% nos CSP.

Em relação às habilitações académicas, constatámos que 53.0% está habilitado com Licenciatura, 32.7% com uma Pós-Licenciatura e 14.3% com Mestrado. A categoria de Enfermeiro é a que tem maior representatividade com 36.7%, seguida da categoria de Enfermeiro Graduado com 32.7% e por último a categoria de Enfermeiro Especialista com 30.6%.

Quanto ao tempo de serviço, 36.7% de enfermeiros exerce funções há menos de 14 anos, 28.6% entre 15 e 20 anos e 34.7% há mais de 20 anos.

Sabemos que a tendência da Enfermagem é ser uma profissão maioritariamente feminina, facto confirmado pelos nossos dados é também corroborado pela Ordem dos Enfermeiros (2015) uma vez que os dados estatísticos relativos ao final do ano de 2014 revelaram a existência de 54374 enfermeiras (81.82%) e apenas 12078 enfermeiros (18.17%). Ainda neste relatório anual podemos encontrar, na área abrangida pelo nosso estudo, 10069 enfermeiras (79.38%) e 2615 enfermeiros (20.62%), o que de certa forma, vai de encontro aos valores da nossa amostra. Relativamente à idade encontramos que, 48.58% dos enfermeiros a exercer funções no nosso país possuíam uma idade inferior a 35 anos. Entre os 36 e os 45 anos, estavam 23.33% enquanto, os enfermeiros, com mais de 46 anos, correspondiam a 28.09%. A divergência entre estes valores e os encontrados no nosso estudo será em nossa opinião, consequência da forma de seleção da amostra.

Em relação ao local de trabalho podemos verificar que 51.04% dos enfermeiros exerce funções nos CD, enquanto 11.42% o fazem nos CSP, o que corrobora a diferença percentual encontrada no nosso estudo. Ainda no mesmo levantamento de dados, a Ordem dos Enfermeiros (2015), mensurou os enfermeiros ativos no território português e verificou que 79.09% se encontrava a exercer funções ao nível de cuidados gerais e 20.91% se encontrava a exercer cuidados especializados, o que está em consonância com os nossos dados.

Verificámos que os conhecimentos mais elevados sobre Reiki estão associados aos enfermeiros com mais idade tanto para os que exercem funções nos CD como nos CSP.

Trata-se de uma informação que corrobora os achados de Policarpo (2012) uma vez que este verificou no estudo que desenvolveu com estudantes de Enfermagem que maiores conhecimentos relacionados com algumas TNC, onde o Reiki se encontrava incluído, estavam associados a maior idade e ao ano mais avançado no curso.

Globalmente verificámos maiores conhecimentos associados aos enfermeiros que exercem funções há mais tempo e enfermeiros habilitados com Mestrado, tanto para o grupo que exerce funções nos CD como para o que exerce nos CSP.

Quando questionados sobre se ouviram ou não falar sobre Reiki, verificámos que 89.8% responde sim. Estes valores refletem a grande divulgação a que temos assistido nos últimos tempos sobre o Reiki como TNC.

São dados que estão em sintonia com os de Pereira (2009) que nos diz que 72% de alunos do quarto ano da licenciatura em enfermagem que já tinham ouvido falar de Reiki. Hassan et al (2014) concluiu que 88.8% das enfermeiras já tinha ouvido falar de TNC. Destas, 93.5% pensam que as TNC podem ajudar os utentes e 24.3% recomendam-nas frequentemente.

Relativamente à questão se “recebeu tratamento com Reiki pelo menos uma vez” verificámos que 20.5% dos enfermeiros respondeu positivamente. Constatámos também que os enfermeiros a exercer funções nos CD e que receberam tratamento com Reiki apresentaram conhecimentos mais elevados em todas as dimensões e também para o “Conhecimento Total”.

O estudo de Pereira (2009) também mostrou que 19.0% dos alunos do quarto ano do CLE já tinham recebido tratamento de Reiki, assim como o de Machado (2012) onde 26.32% dos participantes já tinham sido submetidos a tratamento de Reiki. Estes valores demonstram um aumento do interesse ou adesão das camadas mais jovens da população que são, ao mesmo tempo, futuros profissionais de saúde pelo Reiki.

A adesão de outros profissionais de saúde às TNC também tem sido estudada. Veja-se o exemplo de Chang et al (2011) que nos dizem que 80.0% dos farmacêuticos, 49.2% dos enfermeiros, 37.0% dos fisioterapeutas e 28.8% dos médicos participantes no estudo, já tinham recorrido alguma vez às TNC.

No nosso estudo, apenas 11.4% dos enfermeiros já tinha “Sintonização em Reiki”, não obstante o baixo valor, consideramos existir um pequeno progresso face aos dados do passado, e mesmo em relação aos resultados de outros estudos (Pereira, 2009) onde os valores são ainda mais baixos (9.30%).

A maioria (75.0%) dos enfermeiros considera importante a inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE. O grupo dos CD possui melhores conhecimentos e considera importante a inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE. Os nossos resultados vão de encontro ao de Pereira (2009), que na sua investigação, verificou que 48.84% dos alunos do quarto ano do CLE inquiridos consideram “Bastante Importante” e 23.26% consideram “Muito Importante” a inclusão do Reiki no PCLE. Em menor concordância, Machado (2012) verificou que, 52.63% dos participantes atribuíram uma “Importância Intermédia” à existência de uma unidade curricular sobre Reiki no CLE.

No estudo levado a cabo por Policarpo (2012), os resultados vão mais longe pois 85.33% dos inquiridos concorda com a integração das TNC no próprio Plano Nacional de Saúde.

O “Conhecimento Total” sobre o Reiki, encontrado nos nossos enfermeiros é razoável para 59.1%, elevado para 38.6% e baixo para 2.3%.

Os conhecimentos dos enfermeiros que participaram no estudo de Bjerså, Victorin & Olsén (2012), foram divididos em categorias. Com poucos e com nenhuns conhecimentos ficaram classificados 95.7% dos participantes, embora 80.9% valorizasse a importância de ter conhecimentos e 55.8% estivesse interessado em fazer formação na área das TNC.

Este estudo veio corroborar o de Chang et al (2011) que revelou que 58.8% dos profissionais de saúde tem a percepção de não possuir os conhecimentos adequados e 79.2% não está a par da melhor evidência em relação ao uso das TNC em oncologia. Já Brown et al (2007) tinha verificado que os profissionais de saúde que participaram na sua investigação tinham conhecimentos limitados e pouca experiência com as TNC, sentindo-se deste modo inseguros a falar sobre elas com os seus utentes. À mesma conclusão chegou Policarpo (2012) quando relata que os resultados obtidos demonstram que os futuros enfermeiros têm pouca informação e poucos conhecimentos sobre as TNC.

CONCLUSÕES

A história da humanidade já mostrou em diversas ocasiões que a verdade não é imutável. O que num momento é real e absoluto, mais tarde pode não o ser, comprovando-se em múltiplas situações ser exatamente o oposto.

Sabemos que o Reiki ainda hoje é visto por alguns como algo demasiado esotérico para ser enquadrado nos cuidados de saúde atuais, porém poderá constituir amanhã uma prática corrente. Estas novas terapias precisam de ser analisadas pela comunidade científica de modo a diminuir a desconfiança e desconhecimento ainda existentes.

Apesar de extremamente válido, este estudo apresenta algumas limitações como a forma de seleção, o tamanho da amostra e o questionário ter sido elaborado pelas investigadoras.

Tratando-se de um tema original deparámo-nos com a dificuldade em encontrar estudos que traduzissem a realidade portuguesa neste contexto, assim como permitir comparações de resultados de forma inequívoca.

Assim, sugerimos a realização de estudos mais abrangentes que traduzam a realidade portuguesa no recurso à terapia de Reiki e que quantifiquem os ganhos obtidos com o uso desta terapia versus os cuidados convencionais.

CONFLITO DE INTERESSES

Não existem conflitos de interesses conhecidos.

AGRADECIMENTOS

Mestre de Reiki Vitor Rodrigues, Associação Surya de Reiki, na revisão do instrumento de colheita de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Reiki. (2013): *O que é reiki e o que não é*. Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com>

Bjerså, K., Victorin, E. S., & Olsén, M. F. (2012). Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine, CAM, among registered health care providers in Swedish surgical care: A national survey among university hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine Open Access*, 12(42), doi:10.1186/1472-6882-12-42

Brown, J., Cooper, E., Frankton, L., Steeves-Wall, M., Gillis-Ring, J., Barter, W., ... Fernandez, C. (2007). Complementary and alternative therapies: Survey of knowledge and attitudes of health professionals at a tertiary pediatric women's care facility. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(3), 194-200. doi: 10.1016/j.ctcp.2007.03.003

Burke, S. (2010). Reiki: Ancient healing art for today's new healthcare vision. *American Nurse Today*, 5(3), 68-69. Acedido em <https://www.americannursetoday.com/reiki-ancient-healing-art-for-todays-new-healthcare-vision/>

Cardoso, E. C. (2013). *Reiki: Terapia complementar no sistema de saúde* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/wp-content/uploads/2014/07/Monografia-reiki-erica-cardoso.pdf>

Carvalho, C., Lopes, S. C., & Gouveia, M. J. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 81-94. doi:10.5964/pch.v1i1.10.

Cavalheiro, P. (2003). Reiki. In A. G. Cruz, J. A. S. Malta & L. M. N. Oliveira (Coords.), *Terapias naturais na prática de enfermagem* (pp. 75-84). Coimbra: Formasau.

Chang, K. H., Brodie, R., Choong, M. A., Sweeney, K. J., & Kerin, M. J. (2011). Complementary and alternative medicine use in oncology: A questionnaire survey of patients and health care professionals. *BMC Cancer*, 11(196). doi: 10.1186/1471-2407-11-196

Ferreira, K., Paiva, L., Gomes, M., Gonçalves, S., & Costa, V. (2007). *O reiki como terapia complementar na prática de enfermagem: Contributos para a compreensão do reiki na dinâmica do novo paradigma de enfermagem* (Monografia de licenciatura, Universidade dos Açores). Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/wp-content/uploads/2014/08/Monografia-Reiki-1-reiki-enfermagem.pdf>



Hassan, A., Allam, A., Al Kindi, S., Abu Zeinah, G., Eziada, S., & Bashir, A. (2014). Knowledge, attitudes and practices of oncology nurses towards complementary and alternative medicine for cancer care in Qatar. *Journal of Anesthesia & Clinical Research*, 5(12). doi:10.4172/2155-6148.1000477

Lei n.º 71/2013. (2013, Setembro 2). Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais [Portugal]. *Diário da República*, 1(168), 5439-5442. Acedido em <https://dre.pt/application/file/499607>

Lübeck, W. (1998). *Manual de reiki: Um guia completo para a prática de reiki*. Lisboa: Pergaminho.

Machado, A. R. (2012). *Importância do reiki para os alunos do curso de licenciatura em enfermagem*. (Monografia de licenciatura, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3174/3/TG_18736.pdf

Natale, G.W. (2010). Reconnecting to nursing through Reiki. *Creative Nursing*, 16(4), 171-176. Acedido em http://rehab.ucla.edu/workfiles/Urban%20Zen/Reconnecting_to_Nursing_throgh_Reiki.pdf

Nathenson, P. (2012). Application of holistic nursing in the rehabilitation setting. *Rehabilitation Nursing*, 37(3), 114-118. doi: 10.1002/RNJ.00028

Ordem dos Enfermeiros, Conselho Jurisdicional. (2009). *Parecer CJ 123/2009 sobre: Incompatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e a prática da terapia de reiki*. Acedido em http://www.ordemenermeiros.pt/documents/CJ_Documentos/Parecer%20123_2009_CJ.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2011). *Parecer nº 18/2011: Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE*. Acedido em http://www.ordemenermeiros.pt/documents/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Dados estatísticos a 31-12-2014*. Acedido em http://www.ordemenermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2013*. Geneva: OMS. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf

Pereira, E. M. S. J. (2009). *O conhecimento dos alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre o reiki*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1593/2/MONO_15669.pdf

Policarpo, M.C. (2012). *Integração das medicinas alternativas e complementares no Plano Nacional de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). ISCTE, Lisboa. Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/4909>

Quest, P. (2012). *Reiki para a vida: Manual completo da prática de reiki: Níveis 1, 2 e 3 (3ª ed.)*. Amadora: Editora Nascente.

Ramos, S., & Ramos, J.A. (2005). *Reiki: As raízes Japonesas: O tronco, ramos, folhas e alguns frutos*. Lisboa: Dinalivro.

Rodrigues, V. (2010). *Manual de reiki essencial: Nível 1*. Manual não publicado. Espaço Magnólia, Viseu.

Sousa, M. (2012). *A psicossomática e o reiki*. *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0651.pdf>

Millenium, 2(1), 387-394.

ACIDENTES DE TRÂNSITO ENVOLVENDO CAMIONISTAS: ESTUDO DE REVISÃO DOS FATORES DE RISCO

TRAFFIC ACCIDENTS INVOLVING TRUCK DRIVERS: REVIEW STUDY OF RISK FACTORS

LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO QUE INVOLUCRAN A CONDUCTORES DE CAMIONES: ESTUDIO DE REVISIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Adriana Sousa

Pastor Taco

Universidade de Brasília - UnB; Universidade de Brasília - UnB, Brasil



RESUMO

Introdução: estudo observacional retrospectivo tendo como objeto de investigação a literatura que trata dos acidentes de trânsito relacionados aos camionistas. As áreas de referência são a Saúde e a Engenharia: epidemiologia, segurança rodoviária e comportamento em transportes.

Objetivo: Identificar os fatores de risco associados aos acidentes de trânsito envolvendo camionistas.

Métodos: revisão da literatura tendo como parâmetros os passos indicados por Soni e Kodali.

Resultados: Os acidentes de trânsito decorrem da associação de fatores relacionados ao homem, a via e ao veículo. O fator humano está presente na maioria dos acidentes e para analisar a segurança rodoviária é necessário reconhecer os potenciais de intervenção da legislação, da educação e da fiscalização. Em relação aos camionistas identificou-se que longos períodos fora de casa, desgaste e ausência de vínculos familiares, condições ergonômicas precárias e pressão produtiva podem gerar fatores de risco ao volante e comprometimento dos indicadores de saúde.

Conclusões: Para compreender os fatores que contribuem para a ocorrência dos acidentes de trânsito envolvendo camionistas há a necessidade de abordagem multidisciplinar compreendendo a Saúde e a Engenharia considerando suas contribuições teóricas.

Palavras-chaves: Acidentes; Trânsito; Rodovias; Transportes; Saúde

ABSTRACT

Introduction: A retrospective observational study having as object the research literature on traffic accidents related to truckers. The reference areas are Health and Engineering: epidemiology, road safety and behavior in transport.

Objective: To identify the risk factors associated with traffic accidents involving truck drivers.

Methods: literature review having as parameters the steps by Soni and Kodali.

Results: Traffic accidents result from the combination of factors related to man, the route and the vehicle. The human factor is present in most accidents and to analyze road safety is necessary to recognize the potential intervention of legislation, education and enforcement. In relation to truck drivers identified that long periods away from home, wear and lack of family ties, poor ergonomic conditions and productive pressure can cause risky behind the wheel and commitment of health indicators.

Conclusions: In order to understand the factors that contribute to the occurrence of traffic accidents involving truckers there is the need for a multidisciplinary approach including Health and Engineering considering its theoretical contributions.

Keywords: Accidents; Traffic; Highways; Transports; Health

RESUMEN

Introducción: Un estudio observacional retrospectivo que tiene como objeto la literatura de investigación sobre los accidentes de tráfico relacionados con los camioneros. Las áreas de referencia son la Salud e Ingeniería: epidemiología, la seguridad en la carretera y el comportamiento en el transporte.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a los accidentes de tránsito que involucran a conductores de camiones.

Métodos: revisión de la literatura que tiene como parámetros los pasos de Soni y Kodali.

Resultados: Los accidentes de tráfico son el resultado de la combinación de factores relacionados con el hombre, la ruta y el vehículo. El factor humano está presente en la mayoría de los accidentes y analizar la seguridad de las carreteras, es necesario reconocer la posible intervención de la legislación, la educación y el cumplimiento. En relación a los conductores de camiones se identificaron que largos períodos fuera de casa, el desgaste y la falta de lazos familiares, las malas condiciones ergonómicas y la presión productiva pueden provocar factores de riesgo al volante y el compromiso de los indicadores de salud.

Conclusiones: Con el fin de comprender los factores que contribuyen a la ocurrencia de accidentes de tránsito que involucran a los camioneros existe la necesidad de un enfoque multidisciplinario que incluye la Salud e Ingeniería teniendo en cuenta sus aportaciones teóricas.

Palabras Clave: Accidentes; Tráfico; Carreteras; Transportes; Salud



INTRODUÇÃO

As estatísticas revelam que o Brasil ocupa o 5º lugar no número de óbitos decorrentes dos acidentes de trânsito ficando atrás apenas da Índia, China, EUA e Rússia (Brasil, 2012) sendo que daqueles ocorridos em rodovias há a prevalência do envolvimento de motoristas profissionais e parte destes apresenta alterações nos parâmetros de saúde tornando-os potenciais candidatos à morte súbita ou agentes de um desfecho de acidente rodoviário. Considerando o trágico panorama, o presente estudo teve por objetivo identificar os fatores de risco associados aos acidentes de trânsito envolvendo camionistas tendo como método a revisão da literatura orientada pelos passos indicados por Soni e Kodali (2011) contemplando as abordagens da Saúde: epidemiologia do trânsito e saúde do trabalhador e Engenharia: segurança rodoviária e comportamento em transportes.

Destaca-se que o estudo é parte integrante da tese de doutoramento intitulada “O perfil de morbidade, estilo de vida, dinâmica laboral de camionistas brasileiros e sua influência nas ações de segurança rodoviária”, em desenvolvimento no contexto do Programa de Pós-Graduação em Transportes - PPGT da Universidade de Brasília - UnB e de conteúdo inédito à comunidade científica.

Acredita-se que apenas a partir da interface das referidas áreas do conhecimento é que será possível ter uma dimensão mais aprofundada e fiel das dinâmicas dos acidentes envolvendo a categoria funcional de referência postulando-se sinalizar às autoridades públicas metodologias e ações capazes de contribuir para a retração dos acidentes de trânsito.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em linhas gerais, qualquer acidente de trânsito é determinado por fatores relacionados com o homem, a via e ao veículo de forma isolada ou combinada. Para a prevenção destes ou minimização de seus custos sociais há que se elencar ainda o tripé: educação, policiamento e fiscalização. Para entender a dinâmica do trânsito é necessário percebê-lo além de seu quotidiano (Vasconcellos, 1998). Carece reconhecer como ele se organiza e como as pessoas participam dele.

Na ocorrência de um acidente de trânsito envolvendo camionistas, pode haver repercussões para o profissional (óbito, incapacidade laboral, demissão, limitações físicas, dificuldade de nova inserção no mercado de trabalho, penalidades previstas em Lei, etc.), para usuários da via (óbito, danos físicos, sofrimento familiar, etc.), em perdas sociais (custos para os cofres públicos: gastos com saúde e previdência social, etc.), ao meio ambiente (derramamento de cargas tóxicas), em perdas materiais (perda ou inutilização de cargas, saques, descumprimento de prazos e entregas), na fluidez do tráfego (engarrafamentos, interdição de rodovias e vias de trânsito rápido e arteriais) e acessibilidade (interrupção de acesso a vias, municípios e espaços lindeiros).

No modal rodoviário a segurança apresenta-se nas seguintes perspectivas: conceito de segurança rodoviária (medidas técnicas) e segurança de trânsito (fiscalização e educação). Para além da mera estatística descritiva da accidentalidade, a segurança rodoviária percebe um evento de acidente a partir de uma perspectiva holística onde vários determinantes podem evitá-lo, precipitá-lo, provocá-lo ou repercutir no grau de sua severidade. Para uma investigação stricto é utilizada a Matriz de Haddon, onde são consideradas as potencialidades das estratégias preventivas/corretivas, proativas/reativas (Murray & Barrey, 2010).

O ramo da Saúde considera as modalidades de intervenção/gestão de segurança rodoviária a partir da coordenação, legislação, financiamento (recursos, alocação), promoção da saúde, monitoramento e avaliação, transferência de conhecimento, cujos resultados podem ser aferidos a partir dos eixos: custos sociais (diretos e indiretos), acidentes (fatais e não fatais), condições operacionais do sistema de trânsito e intervenções adotadas (Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, 2012).

Verifica-se a necessidade de um olhar multidisciplinar para a composição da dinâmica dos acidentes, em especial aqueles em que haja o envolvimento dos referidos profissionais e esta multidisciplinaridade pode ser alcançada a partir da interface Saúde/Engenharia.

2. MÉTODOS

O presente estudo é de natureza exploratória a partir da revisão da literatura. Tem como sujeitos da investigação estudos realizados com motoristas profissionais, em específico os camionistas, e como fenômeno os acidentes de trânsito envolvendo a referida categoria.

2.1 Amostra

A amostra que compõe o estudo é oriunda de fontes secundárias tendo como bases de investigação a BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus e a Revista Transportes, definindo-se como série histórica de investigação os anos de 2005 a 2015. Os descriptores elencados contemplaram a interface Saúde/Engenharia sendo estes: acidentes, trânsito, rodovias, transportes e saúde. Inicialmente

foram elencados apenas artigos científicos, no entanto, e à guisa de complementação, foram compulsadas legislações vigentes no Brasil considerando a ancoragem do estudo na tese de doutoramento, referências básicas e documentos institucionais relevantes ao estudo, além de artigos citados em referências primárias. Destaca-se que o processo de investigação foi iniciado com apenas um descritor e subsequentemente foram estabelecidas combinações entre os mesmos. Ressalta-se ainda como incremento à estratégia de filtragem/seleção de artigos a escolha por aqueles que possibilissem a interface entre as referidas áreas do conhecimento.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A revisão da literatura pertinente às publicações científicas teve como elementos norteadores os passos elencados por Soni e Kodali (2011) sendo estes: definição do problema de pesquisa (acidentes de trânsito envolvendo camionistas em contexto rodoviário), estabelecimento do objetivo (identificar os fatores de risco associados aos acidentes de trânsito envolvendo camionistas), definição da estratégia de pesquisa (revisão da literatura), escolha das bases de dados periódicos da Saúde e da Engenharia, definição do período de pesquisa (série histórica de 2005 a 2015), definição dos descritores (acidentes; trânsito; rodovias; transportes; saúde), definição de critérios para inclusão ou exclusão de trabalhos, seleção dos artigos (estabelecimento de interface entre a Saúde e a Engenharia considerando suas abordagens para o fenômeno investigado).

2.3 Requisitos

Como critério de inclusão elegeu-se a literatura que pudesse oferecer elementos que revelassem quais sejam os fatores de risco relacionados aos desfechos de acidentes de trânsito envolvendo camionistas com abordagens no âmbito da saúde laboral, segurança rodoviária, acidentes de trânsito, comportamentos em transportes e estilo de vida de camionistas. No que tange às normatizações priorizou-se aquelas vigentes no contexto brasileiro por se tratar de estudo ancorado em tese de doutoramento cujos sujeitos são os camionistas brasileiros não tendo como fenômeno de investigação ou abrangência as letras normativas de outros países.

2.4 Procedimentos

Por se tratar de revisão de literatura o estudo não requereu submissão a comitê de ética em pesquisa. Para proceder a investigação desenhou-se um mapa mental ancorado no método cunhado por Soni e Kodali (2011). Uma vez selecionadas as referências tendo em vista os critérios de inclusão e exclusão supramencionados, procedeu-se a sistematização das mesmas categorizando-as por áreas de conhecimento Saúde, Engenharia, Multidisciplinar. A partir da composição do banco de referências procedeu-se à análise dos resultados identificando-se os fatores de risco associados aos acidentes de trânsito envolvendo camionistas, complementarmente buscou-se compreender de que forma as áreas do conhecimento tratam o fenômeno postulando-se o estabelecimento de interface entre as mesmas e a identificação de possíveis lacunas de investigação.

3. RESULTADOS

A revisão da literatura pertinente ao tema revela estatísticas alarmantes no que tange ao número de óbitos e sequelas em decorrência da violência no trânsito que, naturalmente, impactam nos cofres públicos, na capacidade laboral e majoram o volume de demandas de saúde e previdenciárias, desta forma faz-se necessário discutir e avaliar as ações cujo objetivo é o de diminuir a accidentalidade rodoviária.

No contexto brasileiro no que se refere a sistematização de dados estatísticos pertinentes a mortalidade, o Ministério da Saúde brasileiro utiliza como fonte central o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM. Este sistema está estruturado tendo em vista a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, classificação concebida pela OMS. No que se refere as mortes relacionadas ao trânsito destaca-se haver discrepâncias entre as bases de dados. Para a pasta da Saúde o teto temporal não são 30 dias decorridos do evento, leitura que encontra justificativa previdenciária, diferentemente dos órgãos eminentemente de fiscalização que adotam o referido cômputo. Tal adendo se faz necessário uma vez que impactam nas estatísticas nacionais.

No âmbito da Saúde os óbitos decorrentes de acidentes de trânsito são classificados como eventos evitáveis e correspondem ao Código "V" da Classificação Internacional de Doenças - CID (Mortalidade em Acidentes de Trânsito). O Código da CID 10 permite que seja possível identificar a causa básica da morte. São classificados como acidentes de trânsito "todos aqueles ocorridos em via pública ou rua" (Waiselfisz, 2013).



Em 2012, no contexto brasileiro, foram notificados 46.051 óbitos em virtude de acidentes de trânsito, destes 1.596 o tipo de veículo era camião (Waiselfisz, 2013). Ressalta-se que para uma análise mais precisa é necessário correlacionar as taxas de acidentes com a amplitude da frota e modalidade veicular.

No que tange ao número de internações hospitalares em decorrência de acidentes de trânsito cujo sistema de notificação é o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, apurou-se que em 2012 foram notificadas 159.152 internações, destas 1.030 a modalidade do veículo era camião no contexto brasileiro. No que tange a faixa etária considerando mesmo ano, a média de idade foi de 22,3 anos e no referente ao transporte de cargas esta média subiu para além dos 40 anos (Waiselfisz, 2013).

Rodrigues et al. (2009) destacam que os custos efetivos e divulgados decorrentes de acidentes de trânsito estão subfaturados uma vez que são contabilizados apenas os valores referentes às internações e produção ambulatorial, carecendo acrescentar os gastos residuais, o que no caso dos custos sociais seria uma tarefa hercúlea. Os acidentes envolvendo transportes de cargas corroboraram para estes gastos, sobretudo, pela robustez dos veículos e gravidade dos eventos (Carvalho, 2015).

Bacchieri e Barros (2011) referem que os principais problemas do trânsito brasileiro são o aumento do número absoluto de mortos e das taxas de mortalidade, a ampliação da frota de motocicletas e o uso de álcool. Ainda com relação as causas para os acidentes de trânsito Rocha (2005) chama a atenção para a necessidade de distinção/gradação entre erros e violações. Aqueles são influenciados pelo contexto socioeconômico e relacionados com os processos cognitivos do indivíduo. Estas são ações deliberadas, fruto de uma escolha consciente. O conhecimento e a distinção das semânticas poderão propiciar um melhor direcionamento das ações de autoridades e educadores do trânsito.

As características de determinado ofício podem corroborar à exposição a uma determinada ameaça. As características inerentes ao ofício de motorista profissional do transporte de cargas: variáveis externas, longos períodos fora de casa, desgaste ou ausência de vínculos familiares, condições ergonômicas adversas, assim como a pressão produtiva podem corroborar para a manifestação de fatores e/ou comportamentos de risco dentre os quais a alimentação inadequada, sedentarismo, sobrecarga do sistema musculoesquelético, consumo de drogas psicoativas, bebidas alcoólicas, relações sexuais sem proteção e multiplicidade de parceiros e pouco tempo para descanso. Outros fatores corroborantes para a condição de insalubridade e precarização do trabalho são a vulnerabilidade aos roubos de cargas e as características dos contratos de trabalho.

Ulhôa et al. (2010) estimando a prevalência de distúrbios psíquicos menores e/ou stressores associados entre camionistas, verificaram que os stressores mais citados pela categoria foram os congestionamentos, controle por rastreamento e jornada extensa de trabalho. Souza, Paiva e Reimão (2008) em estudo com camionistas brasileiros e portugueses verificaram que os hábitos de vida e de trabalho têm repercussões negativas sobre a vigilância diurna assim como na alta prevalência de distúrbios do sono. A característica de vigilância inerente ao ofício dos motoristas acaba por sobrecarregá-los impactando em sua saúde mental, física, social e qualidade de vida.

Já Cavagioni et al. (2009) em estudo realizado com camionistas brasileiros constataram que 1/3 da amostra apresentava possíveis transtornos mentais. Corroborando a esta apreciação, destacam-se os riscos inerentes ao trabalho em turnos e inversão do relógio biológico, assim como a tipificação de cargas sob tutela do camionista intensificando sua responsabilidade e estresse.

Outro estudo realizado por Penteado et al. (2008) chama a atenção para os hábitos percebidos como ameaças à saúde do trabalhador: alto consumo de cafeína e energéticos, baixa ingestão de água, longas jornadas sobrecarregando o sistema musculoesquelético e osteomuscular, além de outros órgãos, e até mesmo o hábito de dirigir com vidros e teto solar abertos expondo o ocupante do veículo a agentes exógenos.

A penosa rotina de trabalho também sobrecarrega os camionistas americanos. Hege et al. (2015) referem que a dinâmica de trabalho do motorista profissional está associada a uma vasta gama de sofrimentos dentre os quais se destacam a sobrecarga musculoesquelética, as doenças pulmonares, as co-morbidades cardiometabólicas, o sobrepeso e a obesidade, a fadiga e os distúrbios do sono. A composição deste panorama também está associada à diminuição da expectativa de vida no comparativo à população em geral. O estudo chama a atenção para dois pontos dignos de nota: as estruturas salariais desiguais e o acesso aos serviços de saúde.

Em sua amostra Ruas, Paini e Zago (2010) observaram que 74% dos camionistas se enquadravam nas categorias: pré-hipertensão, hipertensão estágio I ou hipertensão estágio II. A mesma constatação foi observada por Cavagioni et al. (2009).

Dirigir é uma atividade que requer o recrutamento da aptidão técnica, a prontidão percepto-reacional, além do controle das emoções, no entanto, para driblar as contingências da dinâmica laboral e a solidão das estradas alguns profissionais optam por adotar condutas de risco como o consumo de álcool, anfetaminas e/ou outras drogas ilícitas. Nascimento, Nascimento e Silva (2007) apuraram que dos sujeitos entrevistados de uma população composta por camionistas, 91% consumiam bebidas alcoólicas nas jornadas de trabalho e destes, 24% faziam-no diariamente, sendo que 17% desta população já havia se envolvido em acidentes

na estrada em decorrência da embriaguez. Dois fatores chamam a atenção quanto ao etilismo: local de consumo (postos de combustíveis) e a associação álcool/fator de socialização entre os companheiros de profissão. As anfetaminas também têm forte apelo junto aos camionistas, pois seu consumo estimula as funções cognitivas e psicomotoras podendo incidir na auto percepção e autoconfiança do condutor, mas, como chamam a atenção Takitane et al. (2013), cessado seu efeito há a manifestação de grande sonolência advinda da privação do sono, diminuindo a atenção e o bom desempenho veicular, repercutindo na segurança rodoviária e predispondo o condutor aos acidentes de trânsito. Acerca de mesmo desfecho Moreira e Gadani (2009) salientam que “o principal motivo de acidentes letais de camionistas nas estradas está relacionado com o fato de dormirem ao volante, já que se vêm obrigados a fazer uso dessas substâncias para entregar as cargas no prazo estabelecido”.

Quanto ao consumo de drogas por camionistas Leyton et al. (2012) num estudo que teve como parâmetro o exame toxicológico de saliva, verificaram que 2,1% das amostras indicavam consumo de cocaína, 1,5% consumo de cannabis e 1,0% de benzodiazepínicos. Sinagawa et al. (Set./2013) perscrutando a prevalência do uso de drogas (cocaína, canabinóides ou anfetaminas) por meio de exames simples de urina entre camionistas verificaram que 7,9% dos testes foram positivos para o uso de, pelo menos, uma das substâncias e 0,5% para o uso combinado das drogas. Ainda pertinente aos comportamentos percebidos como de risco, no que tange às doenças sexualmente transmissíveis, destaca-se que estas são importantes causas de doenças agudas, infertilidade, incapacidade laboral e morte. A este respeito Teles et al. (2008) apuraram que 96,7% dos camionistas que compuseram sua amostra revelaram antecedentes de DST. O estudo destaca a necessidade da composição dos padrões comportamentais e sociais dos envolvidos com vias à elaboração de estratégias de prevenção efetivas.

4. DISCUSSÃO

A dinâmica laboral dos camionistas, a pressão produtiva, as características do sistema rodoviário, infraestrutura e ostensividade da fiscalização, a repercussão das ações governamentais como campanhas educativas e orientações quanto a legislação de trânsito, podem constituir-se como fatores de risco à ocorrência de um acidente em perspectiva macro. Parte destas variáveis compõem elementos técnicos da Engenharia (Elvik et al. 2009).

No que se refere aos indicadores de saúde e sua repercussão na condução de veículos, para uma análise mais aprofundada convém resgatar Lalonde (1974) ao ponderar que as condições de saúde dependem de quatro eixos: o patrimônio biológico, as condições sócio/econômicas/ambientais onde o indivíduo se insere, o estilo de vida adotado e os resultados das intervenções médico-sanitárias, partindo-se da concepção de que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, são influenciados pelas relações sociais e econômicas que o indivíduo experimenta, recrutando-se as abordagens da saúde do trabalhador considerando-se a população de referência do estudo.

O fator humano apresenta-se como variável prevalente nos desfechos de acidentes requerendo, portanto, os conceitos teóricos pertinentes aos comportamentos em transportes, estilo e ciclo de vida (Taco, 2010)

Os resultados analisados revelaram pontos convergentes entre as realidades de contextos distintos e os danos sociais ratificam a necessidade da realização de estudos que possam dar contributos para a reversão das estatísticas de acidentes envolvendo camionistas.

CONCLUSÕES

Acredita-se que a interface Saúde/Engenharia propiciará a compreensão da dinâmica dos acidentes envolvendo camionistas. A combinação entre a epidemiologia, operação rodoviária e comportamento em transportes poderão contribuir fortímenete para a análise dos fatores de risco associados aos acidentes. Abordagens isoladas e análises de ações promotoras da segurança rodoviária sem a referida interface dificilmente serão capazes de contemplar a extensão da dinâmica do trânsito e precisar o que faz com que os acidentes aconteçam ou sejam evitados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bacchieri, G., & Barros, A. J. D. (2011). Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: Muitas mudanças e poucos resultados. *Revista de Saúde Pública*, 45(5), 949-963. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000069>

Brasil. Senado Federal. (2012). Violência: Explosão de motos e mortes. *Revista Em Discussão*, 3(13), 1-44. Acedido em http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201204%20-%20novembro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_novembro_2012_internet.pdf



Carvalho, C. H. R. (Coord.). (2015). Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: Caracterização, tendências e custos para a sociedade: Relatório de pesquisa. Brasília: IPEA. Acedido em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatoriopesquisa/150922_relatorio_acidentes_transito.pdf

Cavagioni, L. C., Pierin, A. M. G., Batista, K. M., Bianchi, E. R. F., & Costa, A. L. S. (2009). Agravos à saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp2), 1267-1271. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a21v43s2.pdf>

Elvik, R., Hoye, A., Vaa, T., & Sorensen, M. (2009). *The handbook of road safety measures* (2nd ed.). Bingley, United Kingdom: Emerald Group Publishing Limited.

Hege, A., Perko, M., Johnson, A., Yu, C. H., Sönmez, S., & Apostolopoulos, Y. (2015). Surveying the impact of work hours and schedules on commercial motor vehicle driver sleep. *Safety and Health at Work*, 6(2), 104-113. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2015.02.001>

Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Government of Canada. Acedido em <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Leyton, V., Sinagawa, D. M., Oliveira, K. C., Schmitz, W., Andreuccetti, G., De Martins, B. S., & Munoz, D.R. (2012) Amphetamine, cocaine and cannabinoids use among truck drivers on the roads in the State of São Paulo, Brazil. *Forensic Science International*, 215(1-3), 25-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2011.03.032>.

Moreira, R. S., & Gadani, J. A. A. B. A. (2009). A prevalência do uso de anfetaminas por caminhoneiros que passam pela cidade de Dourados - MS. *Interbio*, 3(2), 27-34. Acedido em http://www.unigran.br/interbio/paginas/ed_anteriores/vol3_num2/arquivos/artigo4.pdf

Murray, W., & Barry, W. (2010). Work-related road safety as a conduit for community road safety. *Journal of the Australasian College of Road Safety*, 21(2), 65-71. Acedido em <http://eprints.qut.edu.au/35776/1/c35776.pdf>

Nascimento, E. C., Nascimento, E., & Silva, J. P. (2007). Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 290-293. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200017>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2012). *Sistema de dados: Um manual de segurança viária para gestores e profissionais da área*. Brasília: OPAS. Acedido em <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3552>

Penteado, R. Z., Gonçalvez, C. G. O., Costa, D. D., & Marques, J. M. (2008). Trabalho e saúde em motoristas de caminhão no interior de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 35-45. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000400005>

Rocha, J. B. A. (2005). Infrações no trânsito: Uma necessária distinção entre erros e violações. *Interação em Psicologia*, 9(1), 177-184. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v9i1.3297>

Rodrigues, R. I., Cerqueira, D. R. C., Lobão, W. J. A., & Carvalho, A. X. Y. (2009). Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: Informações disponíveis e possibilidade de estimativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 29-36. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100003>

Ruas, A., Paini, J. F. P., & Zago, V. L. P. (2010). Detecção dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares dos profissionais caminhoneiros: Prevenção, reflexão e conhecimento. *Revista Perspectiva*, 34(125), 147-158. Acedido em http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/125_82.pdf

Sinagawa, D. M., Takitane, J., Endo, L. G., Carvalho, H. B., Andreucceti, G., Yonamine, M., ... Leyton, V. (2013, September). *Drug use by truck drivers in brazil: A historical analysis during 2009-2012*. Poster session presented at the 51º Anual Meeting of The International Association of Forensic Toxicologists, Funchal, Madeira, Portugal.

Soni, G., & Kodali, R. (2011). A critical analysis of supply chain management content in empirical research. *Business Process Management Journal*, 17(2), 238-266. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/1463715111122338>

Souza, J. C., Paiva, T., & Reimão, R. (2008). Sono, qualidade de vida e acidentes em caminhoneiros brasileiros e portugueses. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 429-436. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300003>

Taco, P. W. G. (2010). Estilo de Vida e Estágio no Ciclo de Vida no Planejamento de Transportes. Grupo Comportamento Transportes e Novas Tecnologias. Programa de Pós-Graduação em Transportes - PPGT. Universidade de Brasília - UnB, Brasília, DF.

Tikitane, J., Oliveira, L. G., Endo, L. G., Oliveira, K. C. B. G., Muñoz, D. R., Yonamine, M., & Leyton, V. (2013). Uso de anfetaminas

por motoristas de caminhão em rodovias do Estado de São Paulo: Um risco à ocorrência de acidentes de trânsito. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5), 1247-1254. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500009>

Teles, A. S., Matos, M. A., Caetano, K. A. A., Costa, L. A., França, D. D. S., Pessoni, G. C.,... & Martins, R. M. B. (2008). Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em caminhoneiros no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(1), 25-30. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500009>

Ulhôa, M. A., Marquezze, E. C., Lemos, L. C., Silva, L. G., Silva, A. A., Nehme, P.,... & Moreno, C. R. C. (2010). Distúrbios psíquicos menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. *Revista de Saúde Pública*, 44(6), 1130-1136. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000600019>

Vasconcellos, E. A. (1998). *O que é trânsito*. São Paulo: Brasiliense.

Waiselfisz, J. J. (2013). *Mapa da Violência 2013: Acidentes de trânsito e motociclistas*. Rio de Janeiro: CEBELA. Acedido em http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_transito.pdf.

Millenium, 2(1), 397-405.

RUÍDO AMBIENTAL VERSUS INFRASOM E RUÍDO BAIXA FREQUÊNCIA - CASO DE ESTUDO DE POPULAÇÃO PRÓXIMA DE TURBINAS EÓLICAS

ENVIRONMENTAL NOISE VERSUS INFRASOUND AND LOW FREQUENCY NOISE - CASE STUDY OF A POPULATION NEARBY WIND TURBINES

RUIDO AMBIENTAL VERSUS INFRA SONIDO Y EL RUIDO DE BAJA FRECUENCIA - CASO DE ESTUDIO DE POBLACIÓN CERCA DE AEROGERADORES

*João Almeida
Brigida Simões
Helder Simões
João Figueiredo
Ana Ferreira*

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC, Coimbra Health School, Saúde Ambiental, Portugal



RESUMO

Introdução: Com a evolução do aproveitamento da energia eólica surge também a necessidade de proteção da população exposta em zonas com implementação de parques eólicos. Surge a necessidade de mudar conceitos, pois estes aparelhos, produtores de uma energia “limpa” não traz benefícios a todos. A longo prazo, a exposição a diferentes tipos de ruído provocou alterações fisiológicas e/ou comportamentais nos indivíduos expostos. O ruído denominado de infrassons ($<20\text{Hz}$) e de baixa frequência ($<500\text{Hz}$) não é processado pelo ouvido humano, no entanto são ambos tão ou mais nocivos que o ruído audível.

Objetivo: avaliar o impacte dos níveis de exposição de infrassons, ruído de baixa frequência e ruído ambiental, numa população residente nas proximidades de parque eólico e posteriormente comparação com valores de referência.

Métodos: Foram efetuadas medições em 2 grupos distintos, experimental e controlo, com recurso ao sonómetro CESVA SC420. As medições foram efetuadas em 3 locais da habitação (quarto, sala e cozinha) sendo que os habitantes foram inqueridos sobre o tempo de permanência em cada local. Com esses dados foi calculado o valor de exposição diário dos habitantes em cada grupo.

Resultados: Os resultados revelam a existência de diferenças significativas entre grupos, tendo-se verificado, no grupo experimental, valores alarmantes.

Conclusões: Conclui-se que a prolongada permanência de indivíduos a este tipo de ruido provoca efeitos negativos na sua saúde e nas suas vidas diárias.

Palavras-chaves: Turbinas eólicas; Qualidade de vida; Ruído; Saúde

ABSTRACT

Introduction: With the development of the wind energy use also raises the need for protecting the population exposed in areas where are installed wind turbines. The need to change concepts arises, because those devices, producers of “green” energy do not bring just benefits to population. The long-term exposure to different types of noise causes physiological and/or behavioral changes in individuals who are exposed. The noise called infrasonic ($<20\text{ Hz}$) and low frequency ($<500\text{Hz}$) is not processed by the human ear, but both are equally or more harmful than the audible noise.

Objective: evaluate the impact of infrasounds, low frequency noise expose, and also environmental noise expose in a population living nearby of a wind turbines and compared it with reference values.

Methods: Measurements were made in two groups (experimental and control), using the sound level meter CESVA SC420. The measurements were made in three points of the residence (bedroom, living room and kitchen) and the inhabitants were surveyed about the time spent at each point. With this data it was calculated the daily exposure value of people in each residence.

Results: The results reveal the existence of significant differences between the groups, have been found in the experimental group alarming values.

Conclusions: It was concluded that prolonged permanency of the individuals to this type of noise causes negative effects on their health and in their daily lives.

Keywords: Wind turbines; Quality of life; Noise; Health

RESUMEN

Introducción: Con el desarrollo del uso de la energía eólica también viene la necesidad de protección de la población expuesta en las zonas con la aplicación de parques eólicos. Surge la necesidad de cambiar los conceptos, porque los productores de energía “limpia” no trae beneficios para todos. La exposición a largo plazo a diferentes tipos de ruido provoca cambios fisiológicos y/o de conducta en los individuos expuestos. El ruido llamado infrasonidos ($<20\text{ Hz}$) y baja frecuencia ($<500\text{ Hz}$) no son procesados por el oído humano, pero ambos son igual o más perjudicial que el ruido audible.

Objetivo: evaluar el impacto de los niveles de exposición de infrasonido, ruido de baja frecuencia y ruido ambiental, en una población residente en las inmediaciones de un parque eólico y después comparar con los valores de referencia.

Métodos: Las mediciones se realizaron en dos grupos distintos, experimental y de control, utilizando el medidor de nivel de sonido CESVA SC420. Las mediciones se realizaron en tres sitios de la habitación (dormitorio, sala de estar y cocina), donde fueron entrevistados los habitantes sobre el tiempo en cada lugar. Con estos datos se calculó el valor de exposición diaria.

Resultados: Los resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas entre los grupos, habiendo sido encontradas, en el grupo experimental, valores alarmantes.

Conclusiones: Se concluyó que la exposición prolongada de los individuos a este ruido provoca efectos negativos sobre su salud y su vida cotidiana.

Palabras Clave: Eólica; Calidad de vida; El ruido; Salud



INTRODUÇÃO

A energia eólica é uma energia limpa e barata para a produção de eletricidade. Para além disso reduz a nossa dependência de combustíveis fósseis e contribui para a redução de gases de efeito estufa e outros adversos de poluição (Monteiro, 2006; Simas & Pacca, 2013). O desenvolvimento tecnológico que permite transformar esta fonte de energia primária em energia elétrica tem evoluído de forma exponencial de modo a aproveitar o máximo da energia eólica, através de aerogeradores. Porém, eis que surgem as preocupações relacionadas com as instalações deste tipo de equipamentos, especialmente perto de zonas habitacionais (Costa, 2014).

Uma das grandes desvantagens que advêm dos componentes das eólicas é o ruído emitido pelo aerogerador, que consequentemente causa incômodo aos indivíduos, como também intervém com efeitos adversos para a sua saúde. São considerados uma nova fonte de ruído, contribuindo para o aumento da poluição sonora existente (Costa, 2014). Geralmente, a maioria está localizada em áreas rurais que possuem características sonoras típicas, e assim sendo o ruído constitui uma preocupação para a vida pública, visto que na maior parte das vezes, o som emitido chega a ser mascarado por outros sons existentes no dia-a-dia dos indivíduos – ruído ambiental e/ou sons típicos resultantes do vento (Maia, 2010).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ruído audível produzido pelas turbinas pode ser caracterizado como um fenômeno de batimento pulsado, particularmente em períodos noturnos. Este fenômeno deve-se à diferença entre o ar fresco ao nível do solo e do fluxo constante de energia a nível dos polos da turbina, o que corresponde a uma zona de “atmosfera estável”, em que há pouco movimento vertical do ar. No período noturno, o ruído percorre grandes distâncias, sendo classificado como incomodativo para indivíduos que residem a cerca de 2 Km dos parques eólicos (Ramos et al, 2010; Pardal, 2013).

As emissões de som provindas de turbinas têm vindo a tornar-se uma das áreas da saúde pública mais estudadas, devido ao seu impacto ambiental e respetiva engenharia eólica relacionada (Pardal, 2013). O som pode ser definido como um fenômeno vibratório resultante da vibração das moléculas de ar em função da pressão atmosférica, que se propaga longitudinalmente a uma velocidade de 344 m/s para 20°C e o ruído definido como qualquer som indesejado (Pardal, 2013). Assim, para que um som seja considerado uma preocupação, é necessário que sejam consideradas as suas características (tonalidade, gama de frequência, impulsividade), como as circunstâncias e sensibilidade da pessoa (ou receptor) que o ouve/sente (Pardal, 2013).

Por constituir uma preocupação para a saúde dos indivíduos, existe um crescente interesse em elaborar estudos e propostas para o controlo dos Infrassons e Ruído de Baixa Frequência (IRBF), sobretudo pelo facto de não ser audível. O ouvido humano é extremamente sensível e vulnerável ao ruído, que é capaz de lhe provocar danos graves e irreversíveis em algumas situações. Segundo o Decreto-Lei nº 182/2006, a exposição prolongada a ruído, intensos condiciona a aptidão para ouvir e comunicar e consoante a sua duração pode originar as mais diversas lesões no aparelho auditivo. Essa exposição também se faz sentir a nível social, psicológico e/ou fisiológico, associados ao stress e ao cansaço, irritabilidade, desmotivação, mau-humor, apatia, dificuldades de concentração e perturbações do sono, entre outras que conduzem a um estado de fadiga geral (Seco et al, 2014; Carmo, 1999). No entanto, quando as frequências são muito baixas, surgem outras alterações, ao nível cardiovascular, vestibular, gastrointestinal, hormonal, respiratório, sexual e reprodutor (Seco et al, 2014).

É importante avaliar esses impactes, o seu risco e tentar mitigá-los da melhor forma possível para promover uma crescente melhoria da qualidade de vida (Monteiro, 2006; Simas & Pacca, 2013).

A população residente perto de parques eólicos encontra-se mais exposta a IRBF e ruído ambiental sendo por isso necessária uma maior intervenção de modo a que, futuramente os indivíduos não manifestem sintomas que advêm da exposição a este tipo de ruídos. É ainda necessário compreender a relação entre o ruído ambiental e IRBF. O objetivo deste estudo surgiu no contexto de caracterizar este tipo de fonte sonora, emissora de ruído, e avaliar a exposição de indivíduos à mesma.

2. MÉTODOS

O presente estudo foi do tipo de estudo observacional, nível I, descritivo-exploratório, coorte transversal. O universo do estudo foi composto por algumas das habitações da localidade do Pessegueiro (grupo experimental), e pelas habitações da localidade de Pedrógão Grande (grupo controlo), ambas do distrito de Leiria, assim como pelos residentes das mesmas. A amostra ficou composta por 4 habitações e 6 residentes do grupo experimental e 8 habitações e 8 residentes do grupo controlo.

A população de caso teve em consideração a recetividade da população na recolha de dados (por conveniência). A população controlo foi escolhida de modo a satisfazerem os seguintes pressupostos: residir em zona com ausência de tráfego aéreo, rodoviário

e ferroviário, assim como a ausência, nas proximidades, de complexos industriais e parque eólicos.

Em cada uma das habitações dos grupos foram efetuadas medições na cozinha, sala, quarto (e apenas um quarto e uma sala por forma a traduzir o maior tempo despendido por esse indivíduo nesse local) e no exterior da habitação, perfazendo um total de 46 medições (IRBF: 25 no grupo controlo e 14 no grupo experimental e ruído ambiental: 4 em cada um dos grupos). Apenas foram efetuadas 4 medições de ruído ambiental, para o grupo controlo, devido à proximidade das habitações. As medições tiveram a duração de 1 minuto e foram efetuadas a uma distância das fachadas dos edifícios entre 0,5 a 2 metros, a uma altura variável de acordo com o local de medição. A altura foi variável por forma a todas as medições serem feitas ao nível do coração. As medições foram efetuadas com recurso a um tripé. Posteriormente foram inqueridos os residentes, relativamente ao tempo de permanência em cada divisão. Para o grupo experimental consideram-se as eólicas 1, 2 e 3 por serem as mais próximas das habitações em questão.

A recolha de dados analíticos procedeu-se no mês de maio de 2016 e, para o efeito, utilizou-se um sonómetro de marca CESVA, modelo SC420 e o calibrador de marca CESVA e modelo CB006 para a classe 1, para efeitos de calibração antes e após cada série de medições. Todas as medições efetuadas tiveram como referência a metodologia presente no Decreto-Lei nº 9/2007 e outros estudos para comparações de infrassons e baixa frequência.

Os infrassons foram obtidos entre as frequências de 2 Hz a 20 Hz. Os infrassons e ruído de baixa frequência englobaram gama de frequências até aos 500 Hz (Ramos et al., 2010; Branco et al., 2007). Para o ruído ambiental consideraram-se as frequências constantes no Decreto-Lei nº 9/2007. Para efeitos de ponderação, apenas o ruído ambiental considerou a malha de ponderação A, sendo o ruído medido em dB(A). As restantes medições (infrassons e ruído de baixa frequência) foram efetuadas em dB uma vez que se teve em consideração que para a saúde humana a informação rigorosa do conteúdo das frequências de um determinado ambiente acústico é fundamental para o estabelecimento de dose-resposta para os IRBF, sugerindo que os efeitos de pressão acústica sobre o tecido biológico estão intimamente relacionados com as frequências (em Hz) e não com as amplitudes (em dB). Neste sentido, as medições de IRBF foram efetuadas em Fast Fourier Transform (FFT) (Alves-Pereira & Branco, 2007a; Alves-Pereira & Branco, 2007b).

Os valores resultantes das medições foram tratados e analisados comparando com os valores de referência. Considerou-se como Valor Limite de Exposição (VLE) para o ruído ambiente, uma vez que as zonas não estão classificadas como recetores sensíveis, os valores limite L_n (indicador noturno associado ao incómodo global) igual ou inferior a 53 dB(A). Considerou-se este indicador por ser o período do dia que os residentes mais permanecem nas suas habitações. Relativamente aos infrassons, uma vez que o VLE não se encontra legislado, assumiu-se como valor de referência o valor limite LLEx24h igual ou inferior a 80,2 dB, obtido a partir de valores de referência de um estudo realizado em cockpit's das linhas aéreas comerciais (Alves-Pereira et al., 2001). Este valor é obtido através da aplicação da seguinte fórmula:

$$L_{LLEx24h} = \text{Log} \left[\frac{\sum_{k=i}^n \binom{n}{k} n \times 10^{0,1 \times k}}{24} \right]$$

Tendo em consideração o tempo de exposição dos indivíduos ao ruído de infrassons e baixa frequência dentro da sua habitação. Após a recolha dos dados, os mesmos foram tratados com recurso ao software IBM SPSS Statistics versão 22. Utilizaram-se testes paramétricos e não paramétricos, os testes de amostras independentes, ANOVA, teste de Mann Whitney e t-student. A interpretação dos testes estatísticos assentou numa base com nível de significância $p=0,05$ e com um intervalo de confiança de 95%.

3. RESULTADOS

O grupo controlo é constituído por 8 habitações da localidade de Pedrógão Grande, assim como 8 dos residentes do local. No local não existem fontes de ruído de tráfego aéreo, rodoviário e ferroviário assim como nas proximidades não existem complexos industriais nem parques eólicos. Estes indivíduos não demonstram qualquer tipo de sintomas associados à exposição de ruído. O grupo experimental é constituído por 4 habitações e 6 residentes. Esta amostra encontra-se nas proximidades do parque eólico de Marvila.

O Parque Eólico de Marvila situa-se no lugar de Cabeço de Marvila, na Freguesia de São Mamede, concelho da Batalha. Este parque possui 6 aerogeradores (Figura 1, Esq) de 2,0 mW cada, instalados no topo de torres de aço com 76,15 m de altura, que suporta as pás de fibra de vidro de 42,5 m de comprimento, sendo que entrou em funcionamento no ano de 2009. Na Figura 1 (Dir) estão



assinaladas as habitações nas quais as medições foram feitas e a eólica mais próxima das habitações (assinalada com o nº 1). A área do parque encontra-se situada no centro de Portugal Continental, região NUT II e na sub-região NUT III do Pinhal Interior. Do ponto de vista geomorfológico, a área localiza-se a Sudoeste de Fátima e a Nordeste de Mira de Aire, numa zona de planalto e cabeços (APA, 2015), sendo zona junto à costa, o clima é temperado mediterrâneo com influência marítima. Assim sendo a localização geográfica determina a velocidade do vento, sendo este considerado moderado, provocado pela proximidade do mar e circula a mais de 9m/s, com ventos dominantes ou de Norte (N) ou de Noroeste (NW) (IPMA, 2016).

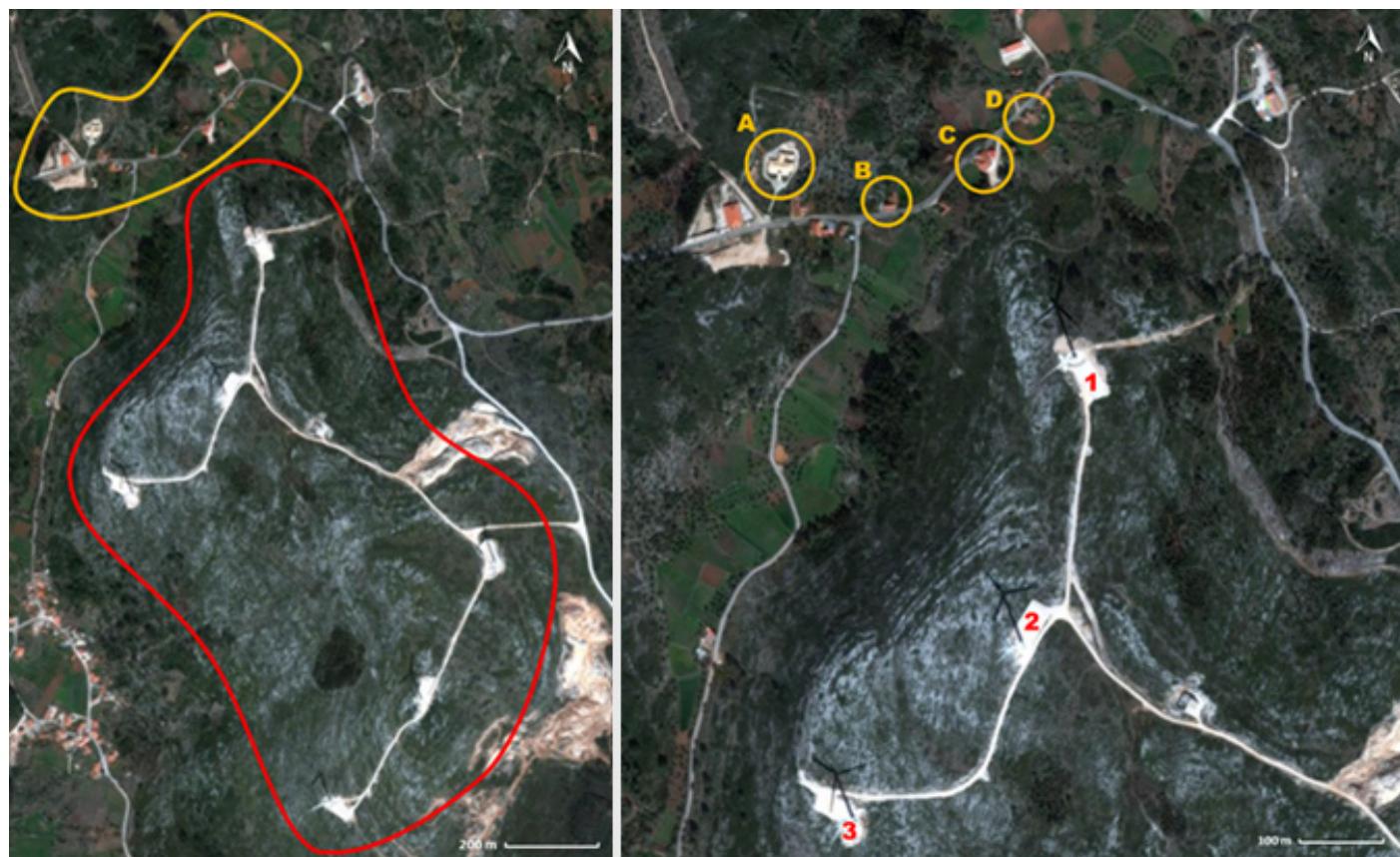


Imagen 1 – Esq: Localização do lugar de Pessegueiro e do Parque Eólico de Marvila. Dir: Localização das habitações-alvo

Na Tabela 1 estão representadas as distâncias das três eólicas mais próximas das habitações consideradas. Como se pode observar, as habitações encontravam-se muito próximas das eólicas, sendo que a habitação C é a que está mais próxima desta fonte, precisamente 260 m.

Tabela 1: Distância das habitações às turbinas eólicas 1,2 e 3

Habitação	Eólica		
	1	2	3
A	420 m	620 m	770 m
B	280 m	540 m	730 m
C	260 m	560 m	800 m
D	290 m	620 m	850 m

As avaliações foram feitas a 14 elementos no grupo experimental e 25 no grupo de controlo, estando representado na Tabela 2. Pelas médias apresentadas é observado que o grupo experimental apresenta valores mais elevados perante o grupo de controlo, seja para o IRBF como para os infrassons. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas dos valores médios de infrassons

(dB) entre os grupos em estudo ($p<0.05$). O grupo experimental (exposto) revelou significativamente valores mais elevados deste mesmo parâmetro comparativamente ao grupo de controlo.”

Tabela 2: Comparação dos valores médios de infrassons, IRBF e ruído ambiental, no grupo experimental e no grupo de controlo

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	p-value
Infrassons [dB]	Experimental	14	75.931	4.196	0.000
	Controlo	25	51.582	5.772	
IRBF [dB]	Experimental	14	76.270	4.498	0.000
	Controlo	25	51.976	5.763	
Ruído Ambiental [dB(A)]	Experimental	4	37.700	3.605	0.042
	Controlo	4	30.1775	4.53290	

Na Tabela 3 foram comparados os valores médios de infrassons e IRBF, existentes em cada local da habitação. Ao ser avaliada a variação média dos parâmetros em estudo constatou-se a ausência de diferenças significativas de infrassons ($p = 0.691$) e de IRBF (0.667) em função dos diferentes locais das casas que foram medidos. Apesar de não existirem diferenças, pode-se observar que, em média, os valores de infrassons e IRBF foram sempre superiores nos locais identificados como “quarto” comparativamente às restantes divisões avaliadas.

Tabela 3: valores médios de infrassons e IRBF, no total dos grupos, consoante a divisão da habitação avaliada

		N	Média	Desvio Padrão	p-value
Infrassons [dB]	Cozinha	13	59.741	12.630	0.691
	Quarto	14	62.622	15.176	
	Sala	12	58.269	10.920	
IRBF [dB]	Cozinha	13	60.186	12.440	0.667
	Quarto	14	63.071	15.366	
	Sala	12	58.479	10.823	

Na Tabela 4 foram analisados os valores médios de infrassons e IRBF para os distintos locais onde as medições foram realizadas sendo ainda feita a estratificação por grupo – experimental e controlo. Ao avaliar-se a variação média dos parâmetros em estudo na tabela seguinte constatou-se que existem diferenças significativas para todos os locais de medição ($p<0.05$). Como se pode observar, o grupo experimental apresenta os valores mais elevados, concluindo-se que é um grupo de risco.

Tabela 4: Valores médios de infrassons e RBF, consoante a divisão da habitação avaliada.

		Grupo	N	Média	Desvio Padrão	p-value
Cozinha	Infrassons [dB]	Experimental	5	73.609	4.289	0.003
		Controlo	8	51.074	6.304	
Quarto	Infrassons [dB]	Experimental	5	73.699	4.313	
		Controlo	8	51.74	6.538	
	IRBF [dB]	Experimental	6	78.549	2.302	0.002
		Controlo	8	50.677	6.591	
	IRBF [dB]	Experimental	6	79.232	2.83	
		Controlo	8	50.951	6.408	



Sala	Infrassons [dB]	Experimental	3	74.564	5.252	0.013
		Controlo	9	52.837	4.931	
	IRBF [dB]	Experimental	3	74.63	5.237	
		Controlo	9	53.095	4.879	

Na Tabela 5 foi calculado o nível de exposição pessoal diária durante um período de 24h (LLex24h), no qual o indivíduo está exposto a infrassons e IRBF em dB. Pode-se verificar que os indivíduos do grupo experimental estão, ao longo do seu dia, expostos a ruído com valores mais elevados que os indivíduos da população controlo. Alguns dos valores presentes dos grupos, ao fim de semana, encontram-se mais elevados devido à maior presença dos indivíduos nas suas habitações. No grupo experimental, os valores que permanecem inalterados devem-se ao facto de os indivíduos terem a mesma rotina durante a semana e fim de semana.

Pode-se ainda verificar que o grupo experimental apresenta os valores mais elevados (em média), sendo que, como já visto anteriormente, o grupo experimental é o que apresenta mais riscos para os indivíduos residentes na zona.

Tabela 5: Exposição diária do individuo (LLex24h) e valores médios de exposição de cada indivíduo, durante a semana e fim de semana.

	Exposição diária do individuo				Valores médios de exposição de cada individuo			
	Semana		Fim de semana		Semana		Fim de semana	
	Infrassons	IRBF	Infrassons	IRBF	Infrassons	IRBF	Infrassons	IRBF
Experimental	74.36	78.38	75.18	79.19	73.64	77.67	73.64	77.67
	74.84	78.85	75.90	79.92				
	74.84	78.94	74.84	78.94				
	76.64	80.68	76.64	80.68				
	70.47	74.49	71.30	75.32				
	70.68	74.69	71.51	75.52				
Controlo	49.58	49.64	50.52	50.59	48.92	49.30	49.56	49.80
	43.21	43.3	45.32	45.42				
	59.43	59.44	59.14	59.15				
	43.94	44.02	46.04	46.14				
	48.99	47.68	50.51	49.06				
	45.28	46.1	43.27	44.16				
	45.84	49.1	46.97	49.1				
	55.09	55.14	54.71	54.75				

4. DISCUSSÃO

Os parques eólicos representam uma estratégia menos poluente para a produção de energia (Churro et al, 2004). As “turbinas eólicas em operação produzem sempre ruídos, sejam eles nocivos ou não” (Coutinho, 2012), produzindo uma variedade de níveis sonoros e frequências, que dependem do próprio design (desenho da pá, tipo de torre, complexidade dos seus componentes mecânicos, ...) (Costa, 2014). O ruído gerado pela operação normal das turbinas eólicas aumenta com a velocidade do vento, considerado uma sensação desagradável – incomodidade (Churro et al, 2004). Esta incomodidade é uma resposta não favorável ao ruído que influencia as atividades diárias dos indivíduos assim como a sua saúde e bem-estar (Costa, 2014).

Após a análise dos resultados obtidos, averiguou-se que os resultados mais significativos foram no grupo experimental em todos os parâmetros: infrassons (<20Hz), IRBF (<500Hz) e ruído ambiental, sendo que, como já referido este grupo é considerado de risco elevado pela sua exposição ao ruído. Quanto mais reduzida for a distância eólica-habitação mais prejudicial é para estes indivíduos devido aos elevados valores encontrados, levando ao aparecimento de sintomas como insónias, dores de cabeça frequentes, falta de memória, maior irritabilidade, cansaço permanente, enjoos, tonturas, falta de equilíbrio e ainda queixas relativas ao ruído

provocado pela rotação das hélices (Pardal, 2013).

Perante os grupos, experimental e controlo, devemos realçar os valores de infrassons e IRBF, pois como estes ainda não possuem valores legislados são suscetíveis a diversas interpretações, no entanto observa-se uma grande discrepância entre os valores do grupo controlo (51 dB) para os do grupo experimental (75 dB) nos infrassons, verificando-se o mesmo para IRBF. O mesmo se verifica para os valores de ruído ambiental, já legislados. Existe diferença entre os 2 grupos no entanto os resultados obtidos para o grupo exposto não ultrapassa os valores limite Ln (indicador noturno associado ao incômodo global) igual ou inferior a 53 dB(A).

Os locais onde se verificou a maior incidência de infrassons e IRBF para o grupo experimental são, em média, os quartos. Já para o grupo controlo são, em média, as salas. O ruído proveniente dos aerogeradores é acentuado, sendo que a população está exposta, seja nas atividades diárias como no período noturno (repouso) (Coutinho, 2012). Sendo o quarto o local onde os indivíduos passam a maior parte do seu dia, para os períodos de descanso, este deveria ser precisamente o local mais abrigado destes tipos de ruídos pois estes têm grande influência no organismo, provocando sintomas como cansaço, alterações do nível de sono, dores de cabeça, stress e ansiedade, sendo que todos estes sintomas estão associados a doenças como a síndrome da turbina eólica (Pardal, 2013). As perturbações do sono surgem pela exposição continuada ao ruído e destacam-se a vários níveis com a dificuldade em adormecer, as alterações dos ciclos de sono e a diminuição dos mesmos (Maia, 2010). A exposição prolongada pode levar a consequências mais graves para os indivíduos, podendo posteriormente progredir para doenças crónicas. Para um nível sonoro de 55 dB(A) são registadas perturbações nos períodos de sono e dificuldades em adormecer (Maia, 2010). Para o ruído ambiente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o nível de ruído seja inferior a 35 dB(A) (Maia, 2010). Para esta população o ruído ambiental encontra-se na ordem dos 38 dB(A), pelo que já ultrapassa os valores considerados pela OMS.

Ainda não foi possível estabelecer uma relação dose-resposta no que diz respeito à exposição do ser humano a IRBF, no entanto vários estudos têm sido realizados nesse sentido. Na análise dos grupos, comprovámos que o grupo experimental, mais uma vez, tem valores elevados para infrassons e IRBF. Ao fim de semana os valores, na maior parte dos casos, os infrassons e IRBF aumentam, o que é normal, pois é quando os indivíduos se encontram durante mais tempo na habitação, sendo que estão expostos assim a um período mais alargado do que já estavam durante a semana. Para os casos em que estes valores não se modificam foram justificados por pertencerem a indivíduos mais idosos e as suas rotinas diárias não se alteram ao fim de semana.

Já identificada está a síndrome da turbina eólica, e esta tem como principais sintomas, já referidos, distúrbios de sono, o ruído audível ou sensações físicas de pulsação dificultam a capacidade do indivíduo para adormecer e acordar frequentemente; dores de cabeça; tonturas, instabilidade e náusea; exaustão, ansiedade, raiva, irritabilidade e depressão; problemas de concentração e aprendizagem e zumbido nos ouvidos (Pardal, 2013). No entanto nem todos os indivíduos podem vir a desenvolver estes sintomas uma vez que nem todos temos a mesma suscetibilidade a fatores externos. Branco et al. (2007) referem que o aparecimento dos sintomas aquando a entrada em funcionamento das eólicas e desaparecimento dos mesmos quando desligados ou longe delas.

A população encontra-se exposta a um risco maior que é a exposição elevada a infrassons e ruído de baixa de frequência. No dia das medições, considerou-se uma velocidade do vento na ordem dos 50,4 km/h (IPMA, 2016), considerado fraco, com sentido norte, ou seja no sentido população-eólica, mas nem sempre o mesmo se verifica. Quando o vento é mais intenso maior é a rotação das pás da turbina eólica, mais intenso é o ruído e consequentemente maior o risco a que a população se encontra exposta.

CONCLUSÕES

Em conclusão podemos verificar que o grupo experimental é um grupo de elevado risco devido à sua reduzida distância entre as habitações – turbinas eólicas e toda a exposição que os residentes estão sujeitos. Os resultados foram conclusivos: a população está em risco.

Os valores registados para infrassons e IRBF encontram-se perto do limiar considerado como referência para este estudo (≤ 80.2 dB), no entanto os habitantes da localidade já relatam alguns sintomas percebidos ao longo do seu quotidiano, decorrente do aparecimento das eólicas. É de referir que as medições são apenas de 1 minuto e sendo que considerámos vento fraco para o dia, não estando traduzido integralmente a exposição diária a que os indivíduos estão expostos ao longo das 24h do dia, podendo os resultados vir a ter valores ainda mais elevados do que os registados.

O mesmo se verifica para os infrassons e IRBF, que apresentam valores elevados, quase no limiar considerado para o caso.

Como limitações neste estudo destaca-se a altura em que as medições foram, devido à fraca presença de vento, e o reduzido tamanho da amostra. Recomenda-se a realização de mais estudos, ao longo de vários períodos do dia, por forma a compreender o nível de exposição a infrassons, IRBF e ruído ambiental nas habitações e a percepção da saúde na população, por forma perspetivar medidas adequadas para a resolução deste risco.



Devem ser efetuadas campanhas de monitorização na medida em que o ruído ao qual os indivíduos estão expostos nem sempre é constante, ou seja, este varia em função das características específicas e das condições climatéricas no local, assim como o estado das turbinas eólicas porque devido ao envelhecimento das mesmas o ruído também é diferente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Portuguesa do Ambiente (2015). *Sistema de informação sobre avaliação de impacte ambiental: Processo AIA: Parque eólico de Marvila II: São Mamede*. Acedido em <http://siaia.apambiente.pt/AIA1.aspx?ID=2806>.

Alves-Pereira, M., Branco, M., Motylewski, J., Kotlicka, E., Pedrosa, A., & Branco, N. (2001, August). Airflow-induced infrasound in commercial aircraft. Paper presented at The 2001 International Congress and Exhibition on Noise Control Engineering, Internoise (pp. 1011–1014), The Hague, Netherlands.

Alves-Pereira, M., & Branco, N. (2007a). Sobre o impacto de infrasons e ruído de baixa frequência na saúde pública: Dois casos de exposição residencial. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 2(4), 186-200.

Alves-Pereira, M., & Branco, N. (2007b). Vibroacoustic disease: Biological effects of infrasound and low-frequency noise explained by mechanotransduction cellular signalling. *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, 93(1-3), 256-279.

Branco, N., Ferreira, J., & Alves-Pereira, M. (2007). Respiratory pathology in vibroacoustic disease: 25 years of research. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(1), 129–135.

Carmo, L. I. C. (1999). *Efeitos do ruído ambiental no organismo humano e suas manifestações auditivas*. (Monografia de fim de curso, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica). Acedido em http://www.farmacia.ufrj.br/consumo/vidaurbana/Monografia_goiania.pdf

Churro, D., Zambujo, M., Rodrigues, C., & Coelho, J. (2004, Setembro). Parques eólicos: Estudo dos impactes no ambiente sonoro: Influência no ruído local. Conferência apresentada ao 4º Congresso Ibero-americano Acústica 2004 (pp. 1-8), Guimarães, Portugal.

Coutinho, J. R. V. (2012). *Aspectos analíticos no estudo de impactos gerados por ruídos e estruturas de aerogeradores* (Dissertação de licenciatura). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil.

Costa, A. R. S. (2014). *O ruído ambiental de aerogeradores de pequena dimensão* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em https://sigarra.up.pt/feup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=356634

Instituto Português do Mar e da Atmosfera (2016). Acedido em <http://www.ipma.pt/pt/index.html>.

Maia, D. S. N. (2010). *Ruído de parques eólicos: Análise e caracterização* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61503/1/000147708.pdf>

Decreto-Lei nº 182/2006. (2006, Setembro 06). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2003/10/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Fevereiro, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde em matéria de exposição dos trabalhadores aos riscos devidos aos agentes físicos, ruído. [Portugal]. *Diário da República*, 1(172), pp. 6584-6593. Acedido em <https://dre.pt/application/file/539921>

Decreto-Lei nº 9/2007. (2007, Janeiro 17). Aprova o regulamento geral do ruído e revoga o regime legal da poluição sonora, aprovado pelo Decreto-Lei nº 292/2000, de 14 de Novembro. [Portugal]. *Diário da República*, 1(12), pp. 389-398. Acedido em <https://dre.pt/application/file/522742>

Monteiro, C. (2006). Energia eólica: Energia eléctrica, através da força dos ventos, produzindo energia limpa e renovável a baixo custo, criando empregos e gerando renda. Curitiba, Paraná, Brasil: Colégio Unificado.

Pardal, T. (2013). *Ruído ocupacional: Baixa frequência: Doença vibroacústica vs síndrome da turbina eólica* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.26/4003>

Ramos, C., Lopes, J., & Silva, M. (2010). *Levantamento de informação sobre os efeitos na saúde humana associados à exposição a ruído ambiente*. Lisboa: ESTeSL.

Seco, S., Almeida, J., Figueiredo, J., & Ferreira, A. (2014). Occupational noise exposure in gyms of county of Coimbra. In P. M. Arezes, J. S. Baptista, M. P. Barroso, P. Carneiro, P. Cordeiro, N. Costa,... G. Perestrelo (Eds.), *Occupational Safety and Hygiene* (vol.2, pp. 573-577). Boca Raton, Florida, USA: CRC Press.

Simas, M., & Pacca, S. (2013). Energia eólica, geração de empregos e desenvolvimento sustentável. *Estudos Avançados*, 27(77), 99–116.

Política de submissão de artigos à Revista Millenium

A revista Millenium, está aberta à colaboração de todos os interessados e aceita continuamente a submissão de artigos. Os autores devem submeter os manuscritos para publicação no site da Millenium, devendo, contudo, observar as indicações para colaboração, designadamente: Condições de submissão; Instruções de preparação dos manuscritos; Declaração de Direito Autoral; Documentos necessários à submissão, disponíveis no site da Revista <http://revistas.rcaap.pt/millenium/about/submissions>;

Corpo de Revisores de Pré-Análise e Revisores Finais | Pre-analysis Reviewers and Final Reviewers | Cuerpo de Revisores de Pre-Análisis y Revisores Finales

Ciências Agrárias, Alimentares e Veterinárias | Agricultural Sciences, Food and Veterinary | Ciencias Agrícolas, Alimentos y Veterinaria

Paula Correia

Ciências da Vida e da Saúde | Life and Health Sciences | Ciencias de la Vida y la Salud

Madalena Cunha

Educação e Desenvolvimento Social | Education and Social Development | Educación y Desarrollo Social

Maria João Amante

Engenharias, Tecnologia, Gestão e Turismo | Engineering, Technology, Management and Tourism | Ingeniería, Tecnología, Administración y Turismo

José Luís Abrantes

José Paulo Lousado

Corpo de Revisores Estrangeiro | Foreign Peer Reviewers | Cuerpo de Revisores Extranjeros

Alessandro Gandini – Pagora School, Grenoble Polytechnic France (FR)

António Sérgio Alfredo Guimarães – Universidade de S. Paulo (BR)

Carlos Gutiérrez García – Universidade de Léon (ES)

Carlos Maciel – Universidade de Nantes (FR)

Florêncio Vicente Castro – Universidade de Badajoz (ES)

Francisco Javier Castro Molina – Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ES)

Isabel Mateos Rubio – Universidade de Salamanca (ES)

Javier Montero Martín – Universidade de Salamanca (ES)

Johannis Tsoumas – Technological Educational Institute of Athens (GR)

Lourdes Bermejo – Sociedad de Geriatría y Gerontología de Cantabria (ES)

Michelle Knox – University of Toledo, Ohio (US)

Ozíris Borges Filho – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)

Tadeu Fernandes de Carvalho – Pontifícia Universidade Católica de Campinas (BR)

Soner Soylu – Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)

Wojciech Cynarski – Rzeszów University (PL)

Revisores Nacionais Externos | External National Reviewers | Revisores Nacionales Externos

Adalberto Dias de Carvalho, FLUP
Aires Pereira do Couto, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Alexandra Maria Dantas de Castro Araújo, U. Portucalense Inf. D. Henrique, Porto
Ana Maria Mouraz Lopes, Universidade do Porto
Ana Sofia Carvalho, Universidade Católica, Porto
António Boleto Rosado, Universidade Técnica de Lisboa
António Gomes Ferreira, Universidade de Coimbra
Carlinda Leite, Universidade do Porto
Carlos Fernandes Silva, Universidade de Aveiro
Célia dos Prazeres Ribeiro, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Eduardo Santos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Flávio Nelson Fernandes Reis, Universidade de Coimbra
Francisco Rui Cádima, Universidade Nova de Lisboa
Goreti Maria dos Anjos Botelho, Instituto Politécnico de Coimbra
Gustavo Pires, Universidade Técnica de Lisboa
Isa Margarida Vitória Severino, Instituto Politécnico da Guarda
Isabel Cabrita, Universidade de Aveiro
Isabel Maria Marques Alberto, Universidade de Coimbra
Isabel Mesquita, Universidade do Porto
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, Universidade de Aveiro
João Eduardo Quintela Varajão, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD
Jorge Adelino Rodrigues da Costa, Universidade de Aveiro
Jorge Trinidad Ferraz de Abreu, Universidade de Aveiro
José Roquette, Universidade Técnica de Lisboa
Luís Amaral, Universidade do Minho
Manuel António Brites Salgado, Instituto Politécnico da Guarda
Manuel Celestino Vara Pires, Instituto Politécnico de Bragança
Manuel Vicente de Freitas Martins, Instituto Politécnico de Castelo Branco
Margarida Gomes Moldão Martins
Margarida Isabel dos Santos Amaral, Universidade de Aveiro
Maria Teresa Pires de Medeiros, Universidade dos Açores
Maria dos Anjos Pires, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD
Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes, Instituto Politécnico de Portalegre
Maria João Barroca, Instituto Politécnico de Coimbra
Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Porto
Maria Neto da Cruz Leitão, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Raquel Freire, Universidade de Coimbra
Maria Teresa Rijo da Fonseca Lino, Universidade Nova de Lisboa
Paulo Joaquim Pina Queirós, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Paulo Jorge Almeida Pereira, Universidade Católica Portuguesa , Viseu
Paulo Providência, Universidade de Coimbra
Preciosa Teixeira Fernandes, Universidade do Porto
Rogério Paulo Alves Lopes, Universidade de Aveiro
Rosa Antónia de Oliveira Figueiredo Tomás Ferreira, Universidade do Porto
Rosário Gamboa, Instituto Politécnico do Porto
Sandra Cristina Oliveira Soares, Universidade de Aveiro
Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, Escola Superior de Enfermagem, Porto
Teresa Maria Dias de Paiva, Instituto Politécnico da Guarda
Tito da Silva Trindade, Universidade de Aveiro
Zaida Maria Lopes Ferreira, Instituto Politécnico da Guarda

Revisores Nacionais - Instituto Politécnico de Viseu (IPV) | National Reviewers (IPV) | Revisores Nacionales (IPV)

Escola Superior Agrária

António Manuel Santos Tomás Jordão
Edite Maria Relvas das Neves Teixeira de Lemos
Helder Filipe dos Santos Viana
Helena Maria Vala Correia
Maria João Cunha Silva Reis Lima
Pedro Rodrigues
Raquel de Pinho Ferreira Guiné
Vitor João Pereira Domingues Martinho

Escola Superior de Educação

Abel Aurélio Abreu de Figueiredo
Ana Isabel Pereira Pinheiro da Silva
Ana Maria Marques Costa Pereira Lopes
Ana Paula Pereira Oliveira Cardoso
Anabela Clara Barreto Marques Novais
Antonino Manuel de Almeida Pereira
António Augusto Gaspar Ribeiro
António Manuel Tavares Azevedo
Belmiro Tavares da Silva Rego
Cátia Clara Ávila Magalhães
Emília da Conceição Figueiredo Martins
Esperança do Rosário Jales Ribeiro
Filomena Antunes Sobral
Francisco Emiliano Dias Mendes
Henrique Manuel Pereira Ramalho
José Luís Menezes Correia
Lia João de Pinho Araújo
Maria Isabel Rola Rodrigues Abrantes
Maria Paula Martins de Oliveira Carvalho
Paula Maria de Azevedo Ferreira Rodrigues
Rosina Inês Ribeiro de Sá Fernandes
Sara Maria Alexandre e Silva Felizardo
Susana Barros Fonseca
Susana Cristina Santos Fidalgo Fonseca Moura Lopes
Véronique Delplancq

Escola Superior de Saúde

Amadeu Matos Gonçalves
Amarilis Pereira Rocha
Ana Isabel Andrade
António Madureira Dias
Carla Maria Viegas e Melo Cruz
Carlos Manuel Figueiredo Pereira
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Cláudia Margarida C. Balula Chaves

Daniel Marques da Silva
Emília de Carvalho Coutinho
Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva
João Carvalho Duarte
José dos Santos Costa
Lídia do Rosário Cabral
Manuela Maria Conceição Ferreira
Maria Conceição Almeida Martins
Maria da Graça F. Aparício Costa
Maria Isabel Bica de Carvalho
Maria Odete Pereira Amaral
Olivério de Paiva Ribeiro
Paula Alexandra de Andrade B. Nelas
Rosa Maria Lopes Martins
Susana Maria Fernandes S. André
Sofia Campos Pires

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego

Paula Alexandra Marques dos Santos

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu

Alexandre David Aibeo Fernandes
Ana Cristina Bico Rodrigues de Matos
António Manuel Pereira Ferrolho
António Pedro Martins Soares Pinto
Bruno Emanuel Morgado Ferreira
Bruno Miguel Morais Lemos Esteves
Carla Manuela Ribeiro Henriques
Cristina Maria do Amaral Pereira de Lima Coelho
Daniel Filipe Albuquerque
Gilberto Antunes Ferreira Rouxinol
Idalina de Jesus Domingos
Isabel Maria Loureiro Pais Esteves Martins
Isabel Paula Lopes Brás
Joaquim Goncalves Antunes
José Francisco Monteiro Morgado
José Vicente Rodrigues Ferreira
Luísa Maria Hora de Carvalho
Luísa Paula Goncalves Oliveira Valente da Cruz Lopes
Manuel António Pinto da Silva Amaral
Maria de Lurdes Costa e Sousa
Maria Madalena de Freitas Malva
Paulo Alexandre da Silveira Costeira Marques da Silva
Paulo Moisés Almeida da Costa
Paulo Rogério Perfeito Tome
Pedro Manuel Nogueira Reis

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

Unidade Técnica de Supervisão Estatística e Línguas | Statistics and Languages Technical Unit Supervision | Unidad Técnica de Supervisión de Estadísticas y Lenguas

Revisores da Estatística | Statistical Reviewers | Revisores de Estadísticas

Ana Cristina Matos – ESTGV, IPV
António Madureira Dias – ESSV, IPV
Carla Henriques – ESTGV, IPV
Carlota Lemos – ESAV, IPV
Emília Martins – ESEV, IPV
Francisco Emiliano – ESEV, IPV
João Carlos Gonçalves – ESAV, IPV
João Carvalho Duarte – ESSV, IPV
Madalena Malva – ESTGV, IPV
Ricardo Gama – ESTGL, IPV

Revisores dos Idiomas | Languages Reviewers | Revisores de Idiomas

Português | Portuguese | Portugués

Ana Isabel Silva; Dulce Melão; Isabel Aires de Matos;
João Paulo Balula – ESEV, IPV

Inglês | English | Inglés

Ana Maria Costa; Susana Fidalgo & Susana Amante – ESEV, IPV

Francês | French | Francés

Ana Maria Oliveira – IPV
Véronique Delplancq – ESEV, IPV

Castelhano | Spanish | Español

António Ferreira – IPV, ESTGV
Paula Fonseca – IPV, ESTGV

Unidade Técnica de Redação, Edição e Documentação | Redaction Technical Unit, Publishing and Documentation | Unidad Técnica de Redacción, Publicaciones y Documentación

Edição e Gestão da Revista Millenium no SARC/RECAAP | Millennium Magazine Edition and Management in SARC/RECAAP | Edition y Gestión de la Magazine Millenium en SARC / RCAAP

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV
Renato Carvalho – IPV

Apoio Documental e Bibliográfico | Documental and Bibliographical Support | Soporte Documental y Bibliográfico

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV
Ascensão Abrantes – ESEV, IPV
Damiana Guedes – ESTGL, IPV
Fátima Jorge – ESSV, IPV
Luís Carneiro – ESAV, IPV
Rosa Silva – ESTGV, IPV

Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto | Technical Support, Redaction and Text Edition | Soporte Técnico, Redacción y Edición de Texto

Nuno Campos – ESEV, IPV
Pedro Silva – ESEV, IPV

Revisão Final | Final Review | Revisión Final

Renato Carvalho – IPV

Edição Internet - Desenvolvimento e manutenção da plataforma da Revista | Internet Edition - Development and magazine platform maintenance | Edición Internet - Desarrollo y mantenimiento de la plataforma de la revista

Conversão Hyper Text Markup Language (HTML)
João Rodrigues – IPV

Composição e Concepção Gráfica | Composition and Graphic Design | Composición y Diseño Gráfico

Paulo Medeiros – IPV
Joel Marques – IPV
Cristina Lima – ESSV, IPV

outubro 2016
edição especial nº1



CENTRO DE ESTUDOS EM
EDUCAÇÃO, TECNOLOGIAS E SAÚDE