

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

Série | Serie 2 • Ano | Year 5

junho • june 2020

en | pt

Diretor • Director
Madalena Cunha

 **EDIÇÃO ESPECIAL**
SPECIAL EDITION **5**

Período temporal de publicação | Time period of publication

Série • Serie 1 - 1996/2016 | ano • year 1-21

Série • Serie 2 - 2016/2020 | ano • year 1-5

Acesso livre e gratuito • Free access

ISSNe (versão electrónica • electronic version) 1647-662X

Prefixo DOI CrosRef: <https://doi.org/????>



Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

Instituto Politécnico de Viseu (IPV)
NIPC – 680033548
Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde
Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu

Sede do Proprietário/Editor/Redator/Impressor | Owner's Headquarters/Publisher/Writer/Printer | Sede del Proprietario/Editor/Redactor/Impresor

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

☎ 232 480 700 (ext.2100)

✉ millenium@sc.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)

Diretor | Director | Director

Madalena Cunha

Ficha Catalográfica | Catalogue File | Ficha Catalográfica

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

Título da Revista | Journal title | Título de la Revista: Millenium- Revista do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

Título da Revista abreviado | Abbreviated title of the Journal | Título de la Revista abreviado: Rev. Mill

Sigla da Revista | Acronym of the Journal | Sigla de la Revista: Mill

Depósito Legal Nº | Legal Deposit | Depósito Legal: 973 71/96

Número de Registo ERC | ERC Registration Number | Número de Registo ERC: "Anotada"

Estatuto Editorial | Editorial Status | Estatuto Editorial: Estatuto Editorial da Revista Millenium

(<http://revistas.rcaap.pt/millenium/pages/view/estatuto>)

ISSNe (versão eletrónica) 1647-662X

Prefixo DOI CrossRef: <https://doi.org/10.29352/mill0205e>



Acesso livre e gratuito para autores, revisores e leitores | Free access to authors, reviewers and readers | Acceso libre el autor, revisores e lectores

Periodicidade | Publication Frequency | Periodicidad

Quadrimestral, sendo editada em fevereiro, junho e outubro | Quarterly released in February, June and October |

Cuatrimestral, siendo editada em febrero, junio y octubre

Período temporal da publicação | Temporal period of publication | Período de tiempo de publicación

Série 1 - 1996 - 2016 | ano 1 - 21

Série 2 - 2016 - 2020 | ano 0 - 5

Indexação | Indexation | Indexación

- Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu - <http://repositorio.ipv.pt/>
- DIALNET – <http://dialnet.unirioja.es/>
- Latindex – Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, Espanha y Portugal <http://www.latindex.unam.mx/index.html>
- DOAJ - Directory of Open Access Journals – <http://www.doaj.org/>

Avaliada por Qualis/CAPES | Qualis/CAPES Assessment | Evaluado por Qualis/CAPES

ÁREAS DE AVALIAÇÃO EVALUATION AREAS ÁREAS DE EVALUACIÓN	2012	2013	2014	2013-2016 CLASSIFICAÇÃO CLASSIFICATION CLASIFICACIÓN		2017-2018 CLASSIFICAÇÃO CLASSIFICATION CLASIFICACIÓN
	CLASSIFICAÇÃO CLASSIFICATION CLASIFICACIÓN	CLASSIFICAÇÃO CLASSIFICATION CLASIFICACIÓN	CLASSIFICAÇÃO CLASSIFICATION CLASIFICACIÓN	ISSN 0873-3015	ISSN 1647-662X (versão eletrónica)	ISSN 1647-662X (versão eletrónica)
Educação Education Educación	B2			C	C	
Filosofia/Tecnologia: Subcomissão de Filosofia Philosophy/Theology: Philosophy Subcommittee Filosofia/Teología: Filosofía subcomité	B5					
Interdisciplinar Interdisciplinary Interdisciplinaria	B2	B3		B3	B3	B3
Literatura / Lingüística Literature/Linguistics Literatura / Lingüística	B4		B1			
Ciências Agrícolas Agricultural Sciences Ciências Agrícolas		B5				
Medicina III Medicine III Medicina III			C	B5		
Enfermagem Nursing Enfermería					B4	
Engenharias I Engineering I Ingenierías I				B5	B5	
Letras/Linguística Literature/Linguistics Letras/Linguística				B5	B5	
Psicologia Psychology Psicología					B3	
Ciências Agrárias I Agricultural Sciences I Ciencias Agrarias I				B5		
Comunicação e Informação Communication and Information Comunicación e Información				B5		
História History Historia				B5		
Odontologia Dentistry Odontología				B4		
Saúde Coletiva Collective Health Salud Pública				B4		

Nota | Note | Nota

- Os artigos assinados são da responsabilidade dos seus autores, não refletindo necessariamente os pontos de vista da Direção da Revista

Corpo Editorial | Editorial | Consejo 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

Maria João Amante

Paula Correia

Paula Santos

Editores das Secções | 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

Paula Santos - psantos@estgl.ipv.pt

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

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

Adriana Skendi, PhD, Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece (GR)

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

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

António Boleto Rosado, PhD, Universidade 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 León (ES)

Christophe Dubout, PhD, III IFITS Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (FR)

Elisabeth Kastenholz, PhD, Universidade de Aveiro (PT)

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

Inga Ciprovica, PhD, Faculty of Food Technology Latvia, University of Agriculture (LV)

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

Javier Montero Martín, 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)

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)

Margarida Gomes Moldão Martins, PhD, Instituto Superior de Agronomia, 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)

Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)

Mohamed Samer, PhD, Universidade do Cairo (EG)

Ofélia Anjos, PhD, Politécnico de Castelo Branco (PT)

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

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

Paula Santos, 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)

Nota Editorial | Editorial Note | Nota Editorial

O IPV (agora PV) está de parabéns! Perfaz um ciclo de 40 anos, coroado de sucesso a que se associa a publicação de 40 artigos na Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, que dão corpo à presente edição especial n.º 5, editada em junho de 2020.

A Millenium tem contribuído, ao longo dos seus vinte e quatro (24) anos, para a difusão do conhecimento produzido, de forma multidisciplinar, nas áreas das ciências da vida e da saúde, das ciências agrárias, alimentares e veterinárias, da educação e desenvolvimento social, e das engenharias, tecnologia, gestão, turismo e artes, particularmente estudadas e investigadas por professores/estudantes do Instituto Politécnico de Viseu.

Alojada em meio digital, via Serviço de Alojamento de Revistas Científicas (SARC) do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), este número da Revista, tem como principal objetivo divulgar ciência e tecnologia. Visa potenciar o debate científico, apoiar a mobilidade de talentos, a circulação de ideias e a transferência de saberes para públicos especializados e também para os menos especializados, pela via da difusão do conhecimento científico em acesso livre.

Procura ainda patentear os resultados das atividades académicas produzidas no/pelo PV, na vertente pedagógica e de investigação e consequentemente tornar acessíveis conhecimentos e tecnologias que ajudem a melhorar e desenvolver de uma forma sustentável os sectores económicos e sociais, proporcionando um aumento do nível de educação, saúde e qualidade de vida das pessoas, com potenciais repercussões no desenvolvimento das empresas e das comunidades.

A Equipa Editorial

Madalena Cunha, José Luís Abrantes, Maria João Amante, Paula Correia, Paula Santos

The IPV (now PV) is to be congratulated! It completes a 40-year cycle, crowned with success, associated with the publication of 40 articles in the Millennium - Journal of Education, Technologies, and Health, which embody this special edition no. 5, published in June 2020.

Millenium has contributed, over its twenty-four (24) years, to the dissemination of knowledge produced, in a multidisciplinary way, in the areas of life sciences and health, agricultural, food and veterinary sciences, education and development social, and engineering, technology, management, tourism and arts, particularly studied and investigated by professors / students of the Polytechnic Institute of Viseu.

Housed in a digital medium, via the Scientific Journal Accommodation Service (SARC) of the Open Access Scientific Repository of Portugal (RCAAP), this issue of the journal has the main objective of promoting science and technology. It aims to enhance the scientific debate, support the mobility of talents, the circulation of ideas, and the transfer of knowledge to specialized audiences and to less specialized ones, through the dissemination of scientific knowledge in free access.

It also seeks to patent the results of academic activities produced at / by the PV, in the pedagogical and research aspects and, consequently, to make accessible knowledge and technologies that help to improve and develop sustainably the economic and social sectors, providing an increase in the level of education, health and people's quality of life, with potential repercussions on the development of companies and communities.

The Editorial Board

Madalena Cunha, José Luís Abrantes, Maria João Amante, Paula Correia, Paula Santos

¡Felicitamos al IPV (ahora PV)! Completa un ciclo de 40 años, coronado con éxito, asociado con la publicación de 40 artículos en el Millennium - Journal of Education, Technologies, and Health, que encarnan esta edición especial no. 5, publicado en junio de 2020.

Millenium ha contribuido, durante sus veinticuatro (24) años, a la difusión del conocimiento producido, de manera multidisciplinar, en las áreas de ciencias de la vida y salud, ciencias agrícolas, alimentarias y veterinarias, educación y desarrollo social e ingeniería, tecnología, gestión, turismo y artes, particularmente estudiados e investigados por profesores / estudiantes del Instituto Politécnico de Viseu.

Ubicado en un medio digital, a través del Servicio de Alojamiento de la Revista Científica (SARC) del Repositorio Científico de Acceso Abierto de Portugal (RCAAP), este número de la revista tiene el objetivo principal de promover la ciencia y la tecnología. Su objetivo es mejorar el debate científico, apoyar la movilidad de talentos, la circulación de ideas y la transferencia de conocimiento a audiencias especializadas y a otras menos especializadas, a través de la difusión del conocimiento científico en libre acceso.

También busca patentar los resultados de las actividades académicas producidas en / por el PV, en los aspectos pedagógicos y de investigación y, en consecuencia, hacer accesibles los conocimientos y las tecnologías que ayudan a mejorar y desarrollar de manera sostenible los sectores económico y social, proporcionando un aumento en el nivel de educación, salud y calidad de vida de las personas, con posibles repercusiones en el desarrollo de empresas y comunidades.

El Equipo Editorial

Madalena Cunha, José Luís Abrantes, Maria João Amante, Paula Correia, Paula Santos

Editorial | Editorial | Editorial |

<https://doi.org/10.29352/mill0205e.a.00344>

Há 40 anos, no milénio anterior

No final de 1979, com a publicação do Decreto-Lei n.º 513-T/79, foi definida a rede de estabelecimentos do ensino superior politécnico, tendo sido nessa data determinada a criação do Instituto Politécnico de Viseu (PV).

Com a iniciativa das Comemorações dos 40 anos do Instituto Politécnico de Viseu (40 ANOS PV), onde se inclui a publicação deste número da *Millenium*, pretendia-se: (1) aumentar a visibilidade do Politécnico de Viseu a nível local, nacional e internacional, (2) fomentar a ligação das antigas gerações do PV com a atual geração, (3) celebrar as conquistas, sucessos e história do PV e de cada uma das suas UO, (4) incentivar as iniciativas de colaboração com as entidades locais e (5) promover a discussão sobre o futuro do ensino politécnico e, em particular, do PV.

Para lá da condição de testemunha crítica/observadora participante, a revista *Millenium* é protagonista de um dos sucessos dos "40 Anos do PV". A sistematicidade e a regularidade, a evolução e o dinamismo, a reinvenção e a credibilidade desta publicação, resultante do empenho e do trabalho desenvolvido pelos vários responsáveis editoriais e respetivas equipas de colaboradores, traduziram-se na indexação da revista e no seu reconhecimento nacional e internacional.

Criada em 1996, a *Millenium* começou por ser um projeto editorial que visava, sobretudo, divulgar e dar a conhecer institucional e publicamente a produção científica e a investigação que se fazia no Politécnico de Viseu, dando-lhe visibilidade e publicitando-a, numa clara intenção de dignificação e consolidação da instituição e da qualidade do ensino que nela se ministrava". Mas depressa a revista se abre ao exterior, aceitando colaborações externas, quer nacionais, quer internacionais. Escrevia Maria de Jesus Fonseca, no editorial da edição de junho de 2011, "hoje é uma revista fortemente implantada no mundo lusófono, sobretudo no Brasil, mas também em processo de crescente internacionalização"¹.

E, a partir do final de 2009, a revista constituiu-se "um veículo privilegiado de difusão de trabalhos científicos e académicos, publicando artigos originais resultantes da produção e da investigação científica, em áreas diversificadas, com o objectivo de tornar pública não apenas a produção e investigação dos docentes da instituição, mas também a de colaboradores externos, nacionais e estrangeiros, que pretendam cooperar e participar neste projecto"².

Desde então, "ao promover a difusão dos diferentes produtos dos processos de investigação científica, pedagógica e técnica e ao proporcionar a partilha de informação, a discussão crítica e o debate de ideias, criando canais que aproximem a ciência do tecido empresarial/indústria e das comunidades"³, a *Millenium* torna-se estruturante no cumprimento da missão do Politécnico de Viseu.

40 years ago, in the previous millennium

By the end of 1979, the Decree-Law 513-T/79 defined the polytechnic higher education establishment's network and the creation of the Polytechnic Institute of Viseu (PV).

With the 40th anniversary Commemorations initiative (40 YEARS PV), which includes the publication of this issue of *Millennium*, the aim is (1) to increase the visibility of the Polytechnic of Viseu at local, national and international level, (2) fostering the connection of the old PV generations with the current generation, (3) celebrating the achievements, successes and history of the PV and each of its units, (4) encouraging collaborative initiatives with local entities and (5) to promote the discussion about the future of polytechnic education, PV in particular.

In addition to being a participant witness, critical observer, the *Millennium* magazine is the protagonist of one of the successes of the "40 Years of PV". The systematicity and regularity, the evolution and dynamism, the reinvention and credibility of this publication, resulting from the commitment and work developed by the various editorial officers and respective teams of collaborators, resulted in the magazine's indexing and its national and international recognition.

Created in 1996, *Millennium* started out as an editorial project that aimed, above all, to disseminate and publicize institutionally and publicly the scientific production and research carried out at the Polytechnic of Viseu, giving it visibility and publicizing it, in a clear intention to "dignify and consolidate the institution and the quality of education". But soon the magazine opens up, accepting external collaborations, both national and international. Maria de Jesus Fonseca wrote in the June editorial of the 2011 edition, "presently it is a magazine strongly implanted in the Portuguese-speaking world, especially in Brazil, and also in a process of increasing internationalization"¹.

And, as of the end of 2009, the magazine is "a privileged vehicle for the dissemination of scientific and academic works, publishing original articles resulting from scientific production and research, in diverse areas, with the aim of making public not only the production and research of the institution's faculty, but also that of external collaborators, national and foreign, who intend to cooperate and participate in this project"².

Since then, "by promoting the diffusion of the different products of the scientific, pedagogical and technical research processes and by providing information sharing, critical discussion and debate of ideas, creating channels that bring science closer to the business/industry fabric and the communities"³, *Millennium* becomes a structuring element in fulfilling the mission of the Polytechnic of Viseu.

Hace 40 años, en el milenio anterior

A finales de 1979, con la publicación del Decreto Ley No. 513-T / 79, se definió la red de Politécnicos en Educación Superior, fue en esa fecha que se acordó la creación del Instituto Politécnico de Viseu (PV).

Con la iniciativa de las Conmemoraciones del 40 aniversario del Instituto Politécnico de Viseu (40 AÑOS PV), entre las que incluye la publicación de este número de *Millennium*, el objetivo era: (1) aumentar la visibilidad del Politécnico de Viseu a nivel local, nacional e internacional, (2) fomentar la conexión de las antiguas generaciones de PV con la generación actual, (3) celebrar los logros, éxitos e historia del PV y de cada una de sus unidades organizativas, (4) estimular iniciativas de colaboración con entidades locales y (5) promover la discusión sobre el futuro de la educación politécnica y, en particular, del PV.

Además de ser una testigo participante crítica/observadora, la revista *Millennium* es la protagonista de uno de los éxitos de los "40 años de PV". La sistemática y regularidad, la evolución y dinamismo, la reinvencción y credibilidad de esta publicación, como resultado del compromiso y trabajo desarrollado por los diversos editores y sus equipos de colaboradores, se tradujeron en la indexación de la revista y su reconocimiento a nivel nacional e Internacional.

Creada en 1996, la revista *Millennium* comenzó como un proyecto editorial que tenía como objetivo, sobre todo, difundir y divulgar institucional y públicamente la producción científica y la investigación llevada a cabo en el Politécnico de Viseu, dándole visibilidad y publicidad, con la clara intención de dignificar y consolidar la institución, así como la calidad de la educación que en ella se imparte". Pero rápidamente la revista se abre al exterior, aceptando colaboraciones externas, tanto nacionales como internacionales. María de Jesús Fonseca escribió en el editorial de la edición de junio de 2011 "hoy es una revista fuertemente implantada en el mundo de habla portuguesa, especialmente en Brasil, pero está también en un creciente proceso de internacionalización"¹.

Y, a partir de finales de 2009, la revista se configura como "un vehículo privilegiado para la difusión de trabajos científicos y académicos, publicando artículos originales resultantes de la producción e investigación científica en diversas áreas, con el objetivo de hacer público no sólo la producción e investigación de los profesores de la institución, sino también de colaboradores externos, nacionales y extranjeros, que pretendan cooperar y participar en este proyecto"².

Desde entonces, "promoviendo la difusión de los diferentes resultados de los procesos de investigación científica, pedagógica y técnica y proporcionando el medio para compartir la información, la discusión crítica y el debate de ideas, creando canales que acerquen la ciencia al tejido empresarial/industrial y a las comunidades"³, la revista *Millennium* se convierte en un elemento estructurador en el cumplimiento de la misión del Politécnico de Viseu.

Neste milénio, a pensar no futuro

Temos de sublinhar o simbolismo desta edição especial da *Millenium*, no âmbito dos "40 Anos do PV", ao ser publicada "num contexto em que os condicionalismos existentes nos últimos meses estimularam novas práticas e abordagens, convém refletir sobre a mera transposição presencial/a distância e aprofundar e estimular a reflexão sobre iniciativas de inovação pedagógica. Em particular, garantindo práticas inovadoras de ensino/aprendizagem, alargando e aprofundando formas de aprender e ensinar baseadas em projeto, a integração de formas de autoaprendizagem e trabalho em equipa, sempre de forma inclusiva e não discriminatória"⁴.

A discussão sobre o futuro do ensino superior politécnico, que propúnhamos como um dos objetivos dos "40 Anos do PV", passou a ser sobre o presente.

A decisão do título desta revista refletia uma mudança de paradigma, a transição de um restrito latim para um globalizante inglês. Agora, em direção a 2030, com um caminho que começou com os oito Objetivos do Milénio, o compromisso cresceu para, também

- assegurar a igualdade de acesso para todos os homens e mulheres à educação técnica, profissional e superior de qualidade
- aumentar substancialmente o número de jovens e adultos que tenham habilitações relevantes, inclusive competências técnicas e profissionais, para emprego, trabalho decente e empreendedorismo⁵

Desejo que, dentro de 40 anos, quem fizer o balanço da atividade realizada registre um crescimento exponencial da relevância e do significado do trabalho desenvolvido.

O Presidente do IPV
João Monney Paiva

1. Editorial de Maria de Jesus Fonseca, *Millenium* - Revista do IPV - n.º 40 - Junho de 2011.
2. Editorial de Maria de Jesus Fonseca, *Millenium* - Revista do IPV - n.º 36 - Maio de 2009
3. *Millenium* – Journal of Education, Technologies and Health, <https://revistas.rcaap.pt/millenium/about>
4. Despacho n.º 28/2020, do Presidente do IPV
5. ODS

In this millennium, thinking about the future

We must underline the symbolism of this special edition of *Millennium*, within the scope of the "40 Years of PV", when it was published "in a context in which the constraints existing in recent months have stimulated new practices and approaches, it is worth reflecting on the mere transposition face-to-face/distance and deepen and stimulate reflection on pedagogical innovation initiatives. In particular, ensuring innovative teaching/learning practices, expanding and deepening forms of learning and teaching based on projects, the integration of forms of self-learning and teamwork, always in an inclusive and non-discriminatory way"⁴.

The discussion about the future of polytechnic higher education, which we proposed as one of the objectives of the "40 Years of PV", suddenly became about the present.

The decision of the title of this magazine reflected a paradigm shift, the transition from a restricted Latin to an English globalizer. Now, towards 2030, with a path that started with the eight Millennium Goals, the commitment has grown also to

- ensure equal access for all men and women to quality technical, vocational and higher education
- substantially increase the number of young people and adults with relevant qualifications, including technical and professional skills, for employment, decent work and entrepreneurship⁵

I hope that, within 40 years, whoever takes stock of the activity carried out will register an exponential growth in the relevance and meaning of the work developed.

IPV President
João Monney Paiva

1. Editorial by Maria de Jesus Fonseca, *Millenium* - Revista do IPV - n.º 40 - Junho de 2011.
2. Editorial by Maria de Jesus Fonseca, *Millenium* - IPV Review - n. 36 – May 2009
3. *Millenium* – Journal of Education, Technologies and Health, <https://revistas.rcaap.pt/millenium/about>
4. IPV President Dispatch n.28/2020
5. UN SDG

En este milenio pensando en el futuro

Debemos subrayar el simbolismo de esta edición especial de *Millenium*, en el ámbito de los "40 años del PV", cuando se publicó "en un contexto en el que las restricciones existentes en los últimos meses han estimulado nuevas prácticas y enfoques, vale la pena reflexionar sobre la alteración presencial/a distancia y profundizar y estimular la reflexión sobre iniciativas de innovación pedagógica. En particular, asegurando prácticas innovadoras de enseñanza/aprendizaje, ampliando y profundizando formas de aprendizaje y enseñanza basadas en proyectos, la integración de formas de autoaprendizaje y trabajo en equipo, siempre de manera inclusiva y no discriminatoria"⁴.

La discusión sobre el futuro de la educación superior politécnica, que propusimos como uno de los objetivos de los "40 años de PV", paso a ser sobre el presente.

La decisión del título de esta revista reflejaba un cambio de paradigma, la transición de un restringido latín a un inglés globalizador. Ahora, en dirección al 2030, con un camino que comenzó con los ocho Objetivos del Milenio, el compromiso también ha crecido para

- garantizar las condiciones de igualdad en el acceso de todos los hombres y mujeres a una educación técnica, profesional y superior de calidad
- aumentar sustancialmente el número de jóvenes y adultos con cualificaciones relevantes, incluyendo competencias técnicas y profesionales, para el empleo, el trabajo decente y el emprendimiento⁵.

Espero que, dentro de 40 años, quien haga un balance de la actividad realizada registre un crecimiento exponencial de la relevancia y del significado del trabajo desarrollado.

O Presidente do IPV
João Monney Paiva

1. Editorial de María de Jesús Fonseca, *Millenium* – Revista del IPV – nº 40 – Junio de 2011
2. Editorial de María de Jesús Fonseca, *Millenium* – Revista del IPV - nº 36 – Mayo de 2009
3. *Millenium* – Journal of Education, Technologies and Health, <https://revistas.rcaap.pt/millenium/about>
4. Despacho nº. 28/2020, del Presidente del IPV
5. ODS

Sumário | Summary | Resumen

EDITORIAL SPECIAL

MÚSICA E CIÊNCIA	15
SCIENCE AND MUSIC	15
MÚSICA Y CIENCIA	15
A INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA: DA CLÁSSICA DICOTOMIA QUANTITATIVO-QUALITATIVO À COMPLEMENTARIDADE METODOLÓGICA	19
QUANTITATIVE INVESTIGATION: FROM CLASSIC QUANTITATIVE-QUALITATIVE DICHOTOMY TO METHODOLOGICAL COMPLEMENTARITY.	19
INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: DE LA CLÁSICA DICOTOMÍA CUANTITATIVO-CUALITATIVO A LA COMPLEMENTARIEDAD METODOLÓGICA	19
A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: INTEGRAÇÃO NOS DIVERSOS CAMPOS DO CONHECIMENTO E NOS CUIDADOS DE SAÚDE	23
QUALITATIVE RESEARCH: INTEGRATION IN DIFFERENT FIELDS OF KNOWLEDGE AND HEALTH CARE	23
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: INTEGRACIÓN EN LOS DIFERENTES CAMPOS DE CONOCIMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA	23

AGRICULTURAL SCIENCES, FOOD AND VETERINARY

APRENDIZAGEM INTEGRADA COLABORATIVA: ESTUDO DE CASO DE APLICAÇÃO À ENGENHARIA DE ALIMENTOS	27
COLLABORATIVE INTEGRATED LEARNING: STUDY CASE OF APPLICATION TO FOOD ENGINEERING	27
APRENDIZAJE INTEGRADO COLABORATIVO: ESTUDIO DE CASO DE APLICACIÓN A LA INGENIERÍA DE ALIMENTOS	27
O IMPACTO DAS ESCOLHAS ALIMENTARES NA PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DOS ANIMAIS E NA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL	35
THE IMPACT OF FOOD CHOICES ON HUMAN AND ANIMAL RIGHTS PROTECTION AND ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY	35
EL IMPACTO DE LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LOS ANIMALES Y LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL	35

EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT

O RECREIO: A ORGANIZAÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS PARA OUTRAS APRENDIZAGENS	47
RECREATION: THE ORGANIZATION OF OTHER SPACES FOR OTHER LEARNINGS	47
RECREACIÓN: ORGANIZAR NUEVOS ENTORNOS PARA PERMITIR NUEVAS EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE	47
STRESSE EM PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR: PERSPETIVA HOLÍSTICA	57
STRESS IN HIGHER EDUCATION TEACHERS: A HOLISTIC PERSPECTIVE	57
ESTRÉS EN PROFESORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA	57
NARRATIVAS SOBRE VIVÊNCIAS E REFLEXÕES EM TORNO DA HOMOPARENTALIDADE: UM ESTUDO PORTUGUÊS	65
NARRATIVES ABOUT EXPERIENCES AND REFLECTIONS AROUND SAME-SEX PARENTING: A PORTUGUESE STUDY	65
NARRATIVAS SOBRE EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA HOMOPARENTALIDAD: UN ESTUDIO PORTUGUÉS	65
A TABLOIDIZAÇÃO NOS JORNAIS DIÁRIOS GENERALISTAS PORTUGUESES	75
TABLOIDIZATION IN THE PORTUGUESE GENERALIST DAILY NEWSPAPERS	75
LA TABLOIDIZACIÓN EM DIARIOS PORTUGUESES GENERALISTAS	75
DESAFIOS DA DESINFORMAÇÃO E DAS FAKE NEWS: ESTUDO DE CASO COM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	85
CHALLENGES OF MISINFORMATION AND FAKE NEWS: A CASE STUDY WITH HIGHER EDUCATION STUDENTS	85
DESAFÍOS DE LA DESINFORMACIÓN Y DAS NOTICIAS FALSAS: ESTUDIO DE CASO CON ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR	85
EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COM CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	95
EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN SANITARIA CON USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	95
HEALTH EDUCATION EXPERIENCES WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USERS	95
A EDUCAÇÃO INCLUSIVA NA FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	101
INCLUSIVE EDUCATION IN THE TRAINING OF SOCIAL WORKERS	101
EDUCACIÓN INCLUSIVA EN LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES SOCIALES	101
AS FACES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA	107
THE FACES OF HEALTH INTEGRALITY IN UNDERGRADUATE PHYSIOTHERAPY COURSES	107
LOS ROSTROS DE LA INTEGRALIDADE EM SALUD EM LOS CURSOS DE FISIOTERAPIA GRADO	107

CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERSPETIVA DOS AGENTES EDUCATIVOS	119
CITIZENSHIP AND GENDER EQUALITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE PERSPECTIVE OF EDUCATION STAKEHOLDERS	119
CIUDADANÍA E IGUALDAD DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA PERSPECTIVA DE LOS AGENTES EDUCATIVOS	119
NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS AGENTES EDUCATIVOS: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UM QUESTIONÁRIO	127
TRAINING NEEDS OF EDUCATION STAKEHOLDERS: PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF A QUESTIONNAIRE	127
NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS AGENTES EDUCATIVOS: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UN CUESTIONARIO	127

LIFE AND HEALTH SCIENCES

QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA EM UMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS	137
CLINICAL EFFICACY QUESTIONNAIRE AND EVIDENCE-BASED PRACTICE: CONFIRMATORY FACTORIAL ANALYSIS IN A NURSE SAMPLE	137
CUESTIONARIO DE EFICACIA CLÍNICA Y PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA: ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA	137
O ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR: CUIDAR PARA A CURA	147
THE PRE-HOSPITAL NURSE: CARE FOR THE CURE	147
EL ENFERMERO PRE-HOSPITALARIO: CUIDAR PARA LA CURA	147
A GRÁVIDA E A LACTANTE NO LOCAL DE TRABALHO	153
PREGNANT AND BREASTFEEDING IN THE WORKPLACE	153
MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES EN EL LUGAR DE TRABAJO	153
AMAMENTAÇÃO E COVID-19: CONTRIBUTOS PARA PRÁTICAS SEGURAS	161
BREASTFEEDING AND COVID-19: CONTRIBUTIONS TO SAFE PRACTICES	161
LACTANCIA Y COVID-19: CONTRIBUCIONES PARA PRACTICAS SEGURAS	161
PRECISÃO DA TÉCNICA CLEAN-CATCH PARA COLHEITA DE URINA EM PEQUENOS LACTENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	169
ACCURACY OF CLEAN-CATCH TECHNIQUE FOR URINE COLLECTION IN YOUNG CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE	169
PRECISIÓN DE LA TÉCNICA DE CLEAN-CATCH PARA LA RECOGIDA DE ORINA EN PEQUEÑOS INFANTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA	169
RESILIÊNCIA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERCEÇÃO DOS PAIS	177
RESILIENCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: PERCEPTION OF PARENTS	177
RESILIENCIA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES	177
GESTÃO DA DOR EM PEDIATRIA: CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	185
PAIN MANAGEMENT IN PEDIATRICS: CONTRIBUTIONS TO THE QUALITY OF NURSING CARE	185
MANEJO DEL DOLOR EN PEDIATRÍA: CONTRIBUCIONES A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	185
SAÚDE, FAMÍLIA E ESCOLA: SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DE FAMÍLIAS REFUGIADAS	195
HEALTH, FAMILY AND SCHOOL: MENTAL HEALTH OF CHILDREN FROM REFUGEE FAMILIES	195
SALUD, FAMILIA Y ESCUELA: SALUD MENTAL DE NIÑOS DE FAMILIAS DE REFUGIADOS	195
A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA	201
IMPLICATIONS OF FAMILY PRESENCE FOR INPATIENT SAFETY: SYSTEMATIC REVIEW PROTOCOL	201
FAMILIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA	201
SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM OS CUIDADOS PALIATIVOS	209
FAMILY SATISFACTION WITH PALLIATIVE CARE	209
SATISFACCIÓN FAMILIAR CON ATENCIÓN PALIATIVA	209
A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: ENQUADRAMENTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	219
CANCER REHABILITATION: FRAMING THE ROLE OF THE REHABILITATION NURS	219
LA REHABILITACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: ENCUADRAMIENTO DE LA ACTUACIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN	219
GANHOS EM INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL COMO PROMOTOR DA QUALIDADE DE VIDA	225
GAINS IN FUNCTIONAL INDEPENDENCE AS A PROMOTER OF QUALITY OF LIFE	225
GANANCIAS EN INDEPENDENCIA FUNCIONAL COMO PROMOTOR DE CALIDAD DE VIDA	225
ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO	233
COGNITIVE STIMULATION IN PEOPLE AGED 65 AND OVER: AN EXPLORATORY STUDY	233
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS: UN ESTUDIO EXPLORATÓRIO	233
GANHOS EM SAÚDE DOS UTENTES ASSISTIDOS PELA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	239
HEALTH GAINS OF USERS ASSISTED BY THE INTEGRATED CONTINUOUS CARE TEAM	239
MEJORAS EN LA SALUD DE LOS USUARIOS ASISTIDOS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN CONTINUA INTEGRADA	239

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA DIABETES MELLITUS: DETERMINANTE FUNDAMENTAL NA GESTÃO E CONTROLO DINÂMICO DAS IMPLICAÇÕES DA DOENÇA	247
HEALTH EDUCATION IN DIABETES MELLITUS: A FUNDAMENTAL DETERMINANT IN THE MANAGEMENT AND DYNAMIC CONTROL OF THE IMPLICATIONS OF THE DISEASE	247
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES MELLITUS: DETERMINANTE FUNDAMENTAL EN EL MANEJO Y CONTROL DINÁMICO DE LAS IMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD	247
(CON)VIVER COM A DOR: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM O TRATAMENTO	261
(WITH) LIVING WITH PAIN: STUDY OF USER SATISFACTION WITH TREATMENT	261
(CON) VIVIR CON DOLOR: ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL TRATAMIENTO	261
GESTÃO DA DOR NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	269
PAIN MANAGEMENT IN NURSING PRACTICE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT	269
MANEJO DEL DOLOR EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	269
LITERACIA EM SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS	281
LITERACY IN HEALTH IN PALLIATIVE CARE	281
ALFABETIZACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PALIATIVA	281
FATORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO NAS PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	293
INFLUENCE FACTORS IN SELF-CARE IN PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW	293
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS COM ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA	293
OS CUIDADOS EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA/FAMILIAR CUIDADOR PARA PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO APÓS GASTRECTOMIA	305
CARE IN PARTNERSHIP WITH THE ELDERLY / FAMILY CAREER FOR PREVENTING MALNUTRITION AFTER GASTRECTOMY	305
ATENCIÓN EN ASOCIACIÓN CON LA CARRERA DE PERSONAS MAYORES PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN DESPUÉS DE LA GASTRECTOMÍA	305
PADRÃO DE INFEÇÃO E ANTIBIOTERAPIA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	317
PATTERN OF INFECTION AND ANTIBIOTICS IN THE INTENSIVE CARE UNIT	317
PATRÓN DE INFECCIÓN Y ANTIBIÓTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	317
CONTROLO DA HIGIENE DAS SUPERFÍCIES: COMPARABILIDADE DO MÉTODO ATP BIOLUMINESCÊNCIA VERSUS ESCALA VISUAL	339
CONTROL OF SURFACE HYGIENE: COMPARABILITY OF THE ATP METHOD BIOLUMINESCENCE VERSUS VISUAL SCALE	339
CONTROL DE LA HIGIENE DE LA SUPERFICIE: COMPARABILIDAD DEL MÉTODO DE BIOLUMINISCENCIA ATP VERSUS ESCALA VISUAL	339
ATENÇÃO À SAÚDE NA DOENÇA FALCIFORME EM ALAGOAS: ASPECTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA PESSOA ADULTA	347
HEALTH CARE IN SICKLE CELL DISEASE IN ALAGOAS: ASPECTS OF PROGRAMMATIC VULNERABILITY IN ADULTS	347
ATENCIÓN DE SALUD EN LA ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES EN ALAGOAS: ASPECTOS DE VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA EN ADULTOS	347

ENGINEERING, TECHNOLOGY, MANAGEMENT AND TOURISM

O GOVERNO EMPRESARIAL E A ESTRUTURA DA DÍVIDA: O CASO DAS PME PORTUGUESAS	357
CORPORATE GOVERNANCE AND DEBT STRUCTURE: THE CASE OF PORTUGUESE SMES	357
GOBIERNO CORPORATIVO Y ESTRUCTURA DE LA DEUDA: EL CASO DE LAS PYMES PORTUGUESAS	357
A IMPORTÂNCIA DAS CERTIFICAÇÕES ECOLÓGICAS E DAS TIC NA PROMOÇÃO DO TURISMO SUSTENTÁVEL – ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE TURISMO RURAL	369
THE IMPORTANCE OF ECO-LABELS CERTIFICATIONS AND ICT IN THE PROMOTION OF SUSTAINABLE TOURISM – CASE STUDY OF A RURAL TOURISM UNIT	369
LA IMPORTANCIA DE LAS ECOCERTIFICACIONES Y LAS TIC EN LA PROMOCIÓN DEL TURISMO SOSTENIBLE – ESTUDIO DE CASO DE UNA UNIDAD DE TURISMO RURAL	369
VIABILIDADE DA PRODUÇÃO DE CDR PROVENIENTE DE UMA INSTALAÇÃO DE TMB – CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS E ECONÓMICAS	379
THE VIABILITY TO PRODUCE RDF FROM A MBT INSTALLATION – TECHNICAL AND ECONOMIC FEATURES	379
VIABILIDAD DE PRODUCIR CDR DE UNA INSTALACIÓN TMB - CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y ECONÓMICAS	379
DAS REDES SOCIAIS AO ENGAGEMENT: O CASO DE TRÊS MARCAS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	389
FROM SOCIAL MEDIA TO ENGAGEMENT: THE CASE OF THREE ALCOHOLIC DRINK BRANDS	389
DE LAS REDES SOCIALES AL ENGAGEMENT: EL CASO DE TRES MARCAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	389
OS MEIOS DE PROVA EM PROCESSO PENAL. O SERVIÇO SOCIAL FORENSE E A PROVA TESTEMUNHAL	399
THE MEANS OF PROOF IN CRIMINAL PROCEEDINGS. THE FORENSIC SOCIAL WORK AND THE TESTIMONIAL EVIDENCE	399
LOS MEDIOS DE PRUEBA EN LOS PROCESOS PENALES. EL TRABAJO SOCIAL FORENSE Y LA PRUEBA TESTIMONIAL	399

Autores | Authors | Autores

Adriana Oliveira, 119
Albertina Dias, 247
Alexandre Nogueira, 127
Alexia Carneiro de Almeida, 347
Alison Silva, 127
Ana Almeida Ribeiro, 293
Ana Andrade, 127
Ana Flávia Ferreira, 127
Ana Margarida Simões, 247
Ana Paula Cardoso, 19
Ana Raquel Rocha, 269
Ana Rita Batista, 225
Ana Rodrigues, 127
Andreia Almeida, 169
Angela Carla Ghizoni, 107
Ângelo Rodrigues, 269
António Madureira Dias, 119
António Manuel Azevedo, 47
António Pedro Pinto, 357
Bárbara Gomes, 219
Brunna Correia Santos, 347
Carla Manuela Henriques, 357
Carla Nunes, 153
Carlton Washington Pinheiro, 95
Carlos Albuquerque, 219
Carlos Almeida, 233, 239
Carlos Fiolhais, 15
Carlos Manuel Pontinha, 225
Carolina Gonçalves, 269
Carolina Reis, 119
Catarina Rodrigues, 219
Cátia Assis, 293
Cláudia Chaves, 153
Cláudia Helena Julião, 101
Cláudia Silva, 137
Cláudia Teixeira, 247
Cristina Lavareda Baixinho, 23
Cristina Morgado, 153
Diana Nunes, 293
Diana Oliveira, 127
Dulce Maria Galvão, 161
Elena Bartkiene, 35
Elena Vittadini, 35
Elsa Figueiredo, 195
Emília Coutinho, 153
Ernestina Silva, 161, 177
Estela Almeida, 233, 239
Eurides Miranda, 101
Fernando Barroso, 201
Filomena Jordão, 57
Filomena Sobral, 85
Firmina Albuquerque, 95
Francisco Mendes, 65
Gina Isabel Monteiro, 225
Gonçalo Mota, 399
Graça Aparício, 169, 177, 185
Idalina Gomes, 305
Ilda Fernandes, 95
Inês Oliveira, 119
Irene Batista, 247
Isabel Alberto, 65
Isabel Bica, 169
Isabel Maria Neves, 225
Isabel Paula Brás, 379
Joana Ferreira, 127
Joana Martins, 75
João Duarte, 127, 137, 177, 209, 269, 281
João Pina, 137
Jorge Mendes, 339
José Manuel Rodrigues, 357
Karla Maria Rolim, 95
Laura Fernandes, 293
Leonardo Maltez, 119
Leonor Fernandes, 119
Lorena Cardoso Caldas, 347
Lúcia Jerónimo, 305
Lúcia Pato, 369
Luís Condeço, 185
Luís Costa, 153
Luisa Andrade, 95
Madalena Cunha, 119, 127, 137, 147, 247, 269, 293, 317, 339
Madalena Silva, 153
Manuela Ferreira, 35, 177
Margarida Reis Santos, 147, 269
Maria Adriana Henriques, 293
Maria Alexandra Silva, 347
Maria Augusta Veiga-Branco, 137
Maria Beatriz Tomé, 379
Maria do Céu Barbiéri-Figueiredo, 195
Maria Elisabete Silva, 379
Maria Loures Reis, 339
Maria Manuela Martins, 201
Maria Patrocínio Martins, 185
Mariana Nogueira, 119
Marina Beatriz Ferreira Vallim, 101
Marina Patrício de Arruda, 107
Mário Simões, 195
Marta Macedo, 339
Marta Mariana, 293
Mauro Mota, 147, 269
Monica Tarcea, 35
Natércia Coelho, 317
Nélia Carvalho, 261
Nídia Salomé Morais, 85, 389
Nísia Matos, 233, 239
Odete Amaral, 177
Olivério Ribeiro, 209, 281
Paula Correia, 35
Paula Cristina Saraiva, 225
Paula Nelas, 153
Paula Xavier, 65
Paulo Eira, 47
Raquel Guiné, 27, 35
Raquel Rodrigues, 293
Regina Maura Rezende, 101
Rejane Millions, 95
Rita Vasconcelos, 127
Rosa Martins, 261
Rosana Brandão Vilela, 347
Rúben Ribeiro, 233, 239, 239
Rui Macedo, 339
Sandra Figueiredo, 389
Sandra Rodrigues, 233, 239
Sandra Sobreira, 269
Sara Câmara Tavares, 95
Sérgio Manuel Anunciação, 225
Sidney José Santos, 347
Sílvia Lima, 209, 281
Sofia Campos, 177
Sónia Amaral, 153
Soraia Correia, 185
Stefanie Osório, 119
Stella Taquette, 23
Susana Barros Fonseca, 57
Susana Caldeira, 261
Susana Pereira, 269
Tânia Sofia Correia, 201
Telma Balula, 293



millenium

EDITORIAL ESPECIAL

EDITORIAL SPECIAL

EDITORIAL ESPECIAL

MÚSICA E CIÊNCIA
SCIENCE AND MUSIC
MÚSICA Y CIENCIA

15
15
15

A INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA: DA CLÁSSICA DICOTOMIA QUANTITATIVO-QUALITATIVO À COMPLEMENTARIDADE METODOLÓGICA
QUANTITATIVE INVESTIGATION: FROM CLASSIC QUANTITATIVE-QUALITATIVE DICHOTOMY TO METHODOLOGICAL COMPLEMENTARITY.
INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: DE LA CLÁSICA DICOTOMÍA CUANTITATIVO-CUALITATIVO A LA COMPLEMENTARIEDAD METODOLÓGICA

19
19
19

A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: INTEGRAÇÃO NOS DIVERSOS CAMPOS DO CONHECIMENTO E NOS CUIDADOS DE SAÚDE
QUALITATIVE RESEARCH: INTEGRATION IN DIFFERENT FIELDS OF KNOWLEDGE AND HEALTH CARE
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: INTEGRACIÓN EN LOS DIFERENTES CAMPOS DE CONOCIMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

23
23
23

Millenium, 2(ed espec nº5), 15-18.

pt

MÚSICA E CIÊNCIA
SCIENCE AND MUSIC
MÚSICA Y CIENCIA

Carlos Fiolhais¹

¹ Universidade de Coimbra, Departamento de Física, Coimbra, Portugal.

Carlos Fiolhais - tcarlos@uc.pt



Autor Correspondente

Carlos Fiolhais

Universidade de Coimbra
Dep. e Centro de Física
3004 -516 Coimbra
tcarlos@uc.pt

RECEBIDO: 20 de março de 2020

ACEITE: 26 de maio de 2020

EDITORIAL ESPECIAL

MÚSICA E CIÊNCIA

A música é uma arte, não podendo ser inteiramente compreendida pela ciência. Há até quem fale de uma espiritualidade ligada à música. A relação entre a música e a ciência é, porém, bem mais estreita do que normalmente se pensa. Em primeiro lugar, e independentemente da respectiva percepção qualquer peça musical é um conjunto de sons e os sons são ondas que se propagam no ar ou noutra meio, sejam ou não medidas. A acústica (de um étimo grego que significa “para ouvir”) é a parte da Física que se ocupa das propriedades dos sons.

A acústica remonta a Pitágoras, o filósofo e matemático grego que, no século VI a.C., terá sido o primeiro a associar um som emitido por uma corda vibrante a um comprimento, matematizando assim o som. Não chegaram até nós livros escritos por ele, mas apenas uma tradição oral que só mais tarde foi fixada em livro. Pitágoras – o mesmo do famoso teorema de Pitágoras - terá reparado que uma corda afastada da sua posição de equilíbrio emitia um certo som, mas, se diminuíssemos o comprimento dessa corda, o som era outro, mais agudo (ou mais alto), ou, em linguagem moderna, de frequência maior (Fig. 1). Essa terá sido uma das primeiras experiências de física de sempre. Podemos verificar esse fenómeno usando as cordas de uma guitarra. Pretendendo saber por que razão certas associações de sons musicais eram mais agradáveis ao ouvido do que outras, Pitágoras foi mais longe do que a verificação da proporcionalidade inversa entre o comprimento da corda e a altura do som. Reparou que, quando os comprimentos das cordas vibrantes, estavam numa proporção de inteiros (2, 3, 4, etc.) os sons combinavam harmoniosamente. Chamam-se “harmónicos” a esses sons, do étimo greco-latino que significa “ajuste, combinação, concordância”. Uma única corda pode, quando tangida, dar um conjunto de harmónicos: existe um som dito fundamental, o de frequência mais baixa, e um conjunto de sons possíveis, os harmónicos, cuja frequência é um múltiplo inteiro desse som (2,3,4, etc. vezes). Os primeiros harmónicos são os mais relevantes por serem os mais perceptíveis. A relação de frequências entre o som fundamental e o primeiro harmónico chama-se “oitava”. Na notação musical que usamos hoje de sete notas - dó, ré, mi, fá, sol, lá, si, que formam a chamada “escala diatónica” - o dó que aparece a seguir ao primeiro, na sequência do si, está uma oitava acima. Portanto, a notação musical moderna tem por base a física e a matemática, as duas em útil intimidade.

Esta visão pitagórica da música, que introduz a ideia de harmonia numa base matemática, conduziu naturalmente a outras tentativas de relacionar a harmonia do mundo – entendendo-se por harmonia num sentido lato a conformidade das partes (para alguns autores harmonia é sinónimo de beleza) – com a matemática, usando esta a linguagem da geometria ou da aritmética. E, uma vez que a música estava associada a números, passou-se a associar partes do cosmos à música. Como, ao observar o movimento dos astros, se verificou que ele podia ser descrito pela geometria ou pelos números, logo se passou a falar, ainda no tempo dos antigos gregos, de “música das esferas” ou “música universal”. Talvez o próprio Pitágoras, ao trabalhar em astronomia, tenha pensado que os planetas podiam ser associados a notas musicais. Só se conheciam então os planetas visíveis à vista desarmada: Mercúrio, Vénus, Marte, Júpiter e Saturno. Nesta ordem de ideias, as velocidades desses planetas estariam entre si como notas musicais: Mercúrio foi associada ao fá, Vénus ao sol (a nota), Marte ao ré, etc. A Lua era um lá e o Sol (a estrela) um si. O platonismo, ao incorporar estas ideias pitagóricas, ajudou a difundir-las. A apropriação pelo Cristianismo, durante a Idade Média, do pensamento grego contribuiu para a consolidação destas teorias, que se enraizaram na cultura. Vários pensadores da Idade Média falam da “música das estrelas”. Por outras palavras, a acústica e a astronomia estavam ligadas, embora a “música da esferas” não fosse audível pelos nossos ouvidos, mas tão só e ainda que com dificuldade pelo nosso intelecto.

No século XVII, com base nos dados diligentemente colectados pelo seu extraordinário mestre, o dinamarquês Tycho Brahe, o astrónomo alemão Johannes Kepler matematizou o movimento dos planetas de uma maneira que sobreviveu incólume ao tempo e que por isso se transmite na escola. Segunda a Primeira Lei de Kepler, as órbitas dos planetas não são circunferências, mas sim elipses com o Sol num dos focos. E, de acordo coma a segunda, o valor da velocidade de um planeta não é constante, mas sim variável: aumenta quando o planeta se aproxima do Sol e diminui quando se afasta. As velocidades máximas dos planetas em órbitas vizinhas estariam em proporção harmónica e o mesmo aconteceria com as mínimas. Para Kepler, portanto, os planetas percorreriam certos intervalos musicais, que exibiam regularidades uns com os outros. Cada um não seria descrito apenas por uma nota, mas sim por um conjunto de notas, uma melodia (Fig. 2). Vénus, que é mais rápido, estava associado a sons mais agudos do que Júpiter, que é mais lento. No coro celestial que era imaginado no universo (lembre-se que este se restringia ao sistema solar) Vénus fazia de soprano, enquanto Júpiter fazia de baixo, tendo a Terra uma voz intermédia. O título da obra de Kepler, onde ele expõe esta sua teoria *Harmonices Mundi* (A Harmonia do Mundo, 1609) é eloquente sobre o conteúdo. Mas esta teoria kepleriana é, sabemos hoje, demasiado ingénua. Admitia excepções para planetas então conhecidos e não tinha, por exemplo, um carácter preditivo para os planetas que foram mais tarde encontrados. A descrição musical do sistema solar foi abandonada em favor de uma teoria estritamente matemática. O inglês Isaac Newton, com base nas leis de Kepler (a Terceira Lei acrescenta que existe uma relação matemática entre o período do planeta e o semieixo maior da elipse), deduziu a sua Lei da Gravitação Universal, que tem uma expressão matemática simples. Apesar das muitas divagações e erros que se fizeram com base nos conceitos pitagórico-platónicos, é lícito dizer que as ideias modernas sobre o cosmos são imensamente devedoras deles.

O astrónomo e físico italiano Galileu Galilei, contemporâneo de Kepler, foi o primeiro a fazer observações com o telescópio, descobrindo por exemplo as luas mais próximas de Júpiter, cuja existência abonava a existência de outros centros orbitais para

além do Sol e da Terra. Galileu tem uma estreita relação com a música. O seu pai, Vincenzo Galilei, era músico: tocava alaúde, tendo transmitido a arte de tocar esse instrumento ao seu filho cientista, que não passou de músico amador (pelo contrário, um irmão de Galileu, Michelagnolo, saiu ao pai, tornando-se alaudista). Mas, mais do que instrumentista, Vincenzo foi um grande pioneiro de uma nova arte musical ao integrar, no final do século XVI, um agrupamento, designado por Camerata Florentina, que introduziu um novo género – a ópera – quando tentava recriar o teatro grego. E, como se isso fosse pouco, foi também um teórico da música. Estudando as cordas vibrantes que tinham interessado Pitágoras, fez uma descoberta adicional, que pode ser vista como a entrada da não-linearidade nas ciências físicas: as frequências variavam com a raiz quadrada da tensão aplicada na corda, o que concluiu após pendurar vários pesos numa das suas extremidades. É assaz curioso que a física moderna tenha nascido num ambiente que combinava a música com a física!

Um amigo de Galileu, o padre francês Marin Mersenne, aprofundou as investigações de Vincenzo Galilei, No seu livro mais influente *L'Harmonie universelle* (A Harmonia Universal, 1636) juntou numa só fórmula a lei de Pitágoras e a lei de Vincenzo: a lei de Mersenne. Além disso, teve um papel na agregação dos físicos e matemáticos do seu tempo.

A discussão da harmonia musical prosseguiu, uns olhando mais para a música e outros olhando mais para a física. No século XVIII, o compositor barroco francês Jean-Philip Rameau escreveu o *Tratado da harmonia reduzida aos seus princípios naturais* (1722) e, no século XIX, o físico e médico alemão Hermann von Helmholtz escreveu o livro *Ciência das sensações do som* como uma base fisiológica para a teoria da música (1863), onde, para além de outras contribuições para a acústica, introduziu um sistema preciso para definir as notas.

Há dois anos, no dia 21 de Março de 2018, quando a Primavera se iniciava, tive o gosto de proferir uma conferência sobre “Música e Ciência” no Instituto Politécnico de Viseu, ao qual se seguiu um concerto por uma formação de jovens percussionistas da Orquestra Metropolitana de Lisboa, que tocaram *A Sagração da Primavera* (1913), do grande compositor russo Igor Stravinsky. Nessa ocasião referi que esse concerto provocou uma revolução na música, trazendo o contraste das dissonâncias onde antes reinava a harmonia, A obra foi pateada na sua estreia em Paris. Lembrei que, no mesmo ano de 1913, o físico dinamarquês Niels Bohr revolucionou a Física, ao propor uma nova imagem do átomo, em que os electrões percorriam órbitas em redor do núcleo atómico, como se fossem planetas. A grande diferença relativamente à descrição clássica das órbitas planetárias é que as órbitas electrónicas não podem ser quaisquer nem as energias associadas às órbitas: uma órbita de raio maior correspondia a energia maior e portanto maior frequência. A energia dos electrões era dada por números inteiros. Isto é, Pitágoras estava de volta: os números inteiros entravam agora não no domínio astronómico, mas no domínio atómico.

A fórmula de Bohr para as energias electrónicas ajustava-se tão bem bem às riscas dos espectros atómicos conhecidas há muito que o físico suíço (mais tarde também norte-americano) Albert Einstein viu logo que Bohr estava certo. Tal não o impediu de, mais tarde, levantar dificuldades conceptuais aos desenvolvimentos da teoria quântica, quando esta passou a assentar em ideias probabilísticas. É curioso assinalar que Einstein tocava violino, com um nível apenas amador. Só a música lhe dava maior prazer do que a física. Foi ele que disse que “A música de Mozart é tão pura e bela que a vejo como um reflexo da beleza interna do universo.”

A revolução na música no século XX haveria de ir mais longe do que a música de Stravinsky. Nos anos 20 o compositor austríaco Arnold Schoenberg, que admirava Rameau (tratou a sua obra no *Tratado da Harmonia*, 1911), propôs que, na chamada “escala cromática” da música ocidental, formada pelas sete notas padrão da escala diatónica e por mais cinco sons intermediários, todas as doze notas deveriam ser tomadas como equivalentes. Organizou nessa base grupos de doze notas a que chamou séries, que podia manipular por operações de simetria. Esta estranha música ficou conhecida pelo nome de “dodecafónica”. Schoenberg era músico e não cientista: acreditava em numerologia, isto é, no poder mágico dos números para prever o futuro, o que não passa de uma posição pseudocientífica. Mas há estranhas coincidências: morreu no dia em que acreditava que isso ia ocorrer com base num horóscopo que um astrólogo lhe tinha fornecido. Consta que a sua última palavra foi “harmonia”.

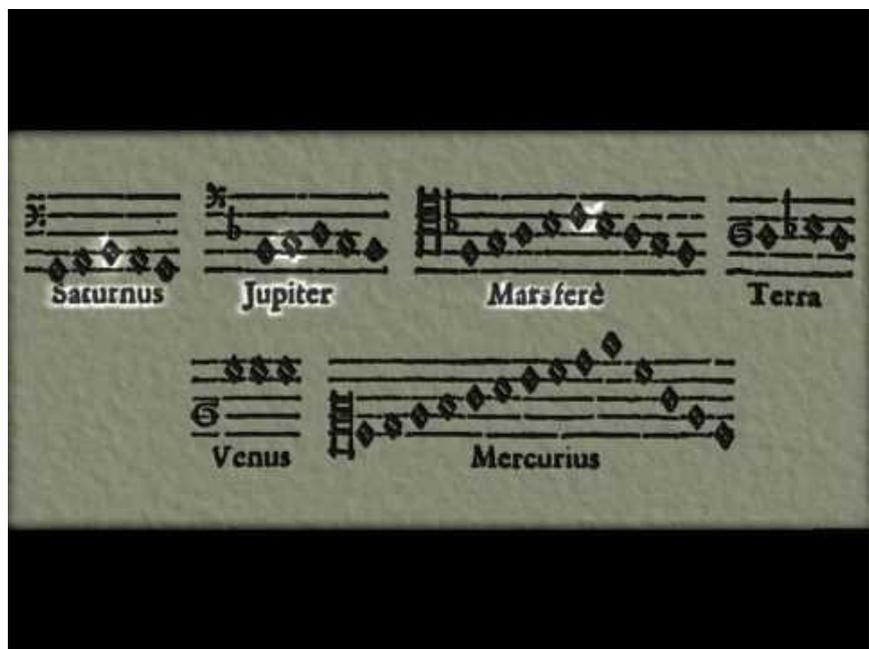
A física moderna está profundamente assente no tema da harmonia para descrever as partículas e as forças fundamentais. No quadro da teoria quântica, e usando a matemática no tratamento de simetrias mais ou menos abstractas, chegou a descrições muito fieis da realidade submicroscópica. De certo modo Pitágoras e Platão tinham razão: no fundo, tudo é número e as proporções importam. Mas um problema da descrição fornecida pela física moderna é que a matemática subjacente não é perceptível por quem não tenha feito a necessária aprendizagem (já dizia Fernando Pessoa, ou melhor Álvaro de Campos, que “o binómio de Newton é tão belo como a Vénus de Milo./ O que há é pouca gente para dar por isso”). Há uma relação entre a matemática e a música, mas as pessoas apreendem muito mais facilmente a música do que a matemática.

FIGURAS

Figura - 1 As ideias de Pitágoras sobre a música representados numa gravura do livro do italiano Franchino Gafurio, Theorica Musice (1492).



Figura 2 - A “música das esferas” segundo Kepler, na sua Harmonia Mundi (1619)



Millenium, 2(ed espec nº5), 19-21.

pt

A INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA: DA CLÁSSICA DICOTOMIA QUANTITATIVO-QUALITATIVO À COMPLEMENTARIDADE METODOLÓGICA

QUANTITATIVE INVESTIGATION: FROM CLASSIC QUANTITATIVE-QUALITATIVE DICHOTOMY TO METHODOLOGICAL COMPLEMENTARITY.

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA: DE LA CLÁSICA DICOTOMÍA CUANTITATIVO-CUALITATIVO A LA COMPLEMENTARIEDAD METODOLÓGICA

Ana Paula Cardoso¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação, CI&DEI, Viseu, Portugal

Ana Paula Cardoso - a.p.cardoso@esev.ipv.pt



Autor Correspondente

Ana Paula Cardoso

Escola Superior de Educação de Viseu

Rua Maximiano Aragão

3504 - 501 Viseu - Portugal

a.p.cardoso@esev.ipv.pt

RECEBIDO: 08 de maio de 2020

ACEITE: 26 de maio de 2020

EDITORIAL ESPECIAL

A INVESTIGAÇÃO QUANTITATIVA: DA CLÁSSICA DICOTOMIA QUANTITATIVO-QUALITATIVO À COMPLEMENTARIDADE METODOLÓGICA

A complexidade do mundo que nos rodeia constitui um dos maiores desafios que o ser humano enfrenta nos dias de hoje e, por isso, a compreensão dos fenómenos deve basear-se em informação atualizada e fidedigna, atributos inerentes ao conhecimento científico. Este expressa-se em forma de leis, modelos e teorias, cuja função principal é a de integrar os dados existentes, obtidos através de um processo de investigação rigoroso, sistemático e controlado, que permite a obtenção de um saber replicável e apoiado na evidência científica.

Os termos quantitativo e qualitativo são usados frequentemente para identificar diferentes abordagens de investigação no âmbito das Ciências Sociais. A distinção mais óbvia reside na forma de apresentação dos dados. A investigação quantitativa apresenta resultados estatísticos em termos numéricos, enquanto que a investigação qualitativa apresenta dados de uma forma mais descritiva. No entanto, as distinções ultrapassam esta simples constatação. Especialistas neste domínio, como é o caso de McMillan e Schumacher (2001), referem diferenças mais profundas que se prendem com a visão do mundo, o propósito da investigação, os métodos utilizados, o papel do investigador e a importância do contexto no estudo.

O paradigma quantitativo, herdeiro das ciências físico-naturais, baseia-se no que os autores apelidaram de filosofia “lógico-positivista”, que admite a existência de uma única realidade social, independente e externa ao investigador, que pode ser descrita com objetividade, tal como se apresenta, como qualquer fenómeno natural. Este paradigma, de cariz positivista, privilegia as observações empíricas quantificáveis, as medições efetuadas através de instrumentos de fidelidade comprovada e as análises estatísticas rigorosas, procurando as causas e a explicação dos fenómenos. O estabelecimento de generalizações universais independentes de um determinado contexto constitui uma das suas principais motivações.

Preocupação central deste paradigma é a de garantir a validade interna (o rigor do plano de investigação) e a validade externa (a generalização dos resultados) da investigação, através da eliminação de um maior número de ameaças à sua validade. O esforço de minimização de possíveis erros e enviesamentos tem sido um compromisso de numerosos investigadores, ao longo de mais de um século, e isso tem contribuído para a credibilidade e afirmação da investigação quantitativa no panorama científico.

Derivado das humanidades, o paradigma qualitativo funda-se numa filosofia “naturalista-fenomenológica”, admitindo a existência de múltiplas realidades, construídas pelos indivíduos e abordáveis através da vivência, da convivência e empatia, como todo o fenómeno social, tal como é referido pelos autores supracitados (McMillan & Schumacher, 2001). A investigação qualitativa caracteriza-se por uma abordagem naturalista e interpretativa do seu objeto de estudo e está sobretudo preocupada com a compreensão dos fenómenos sociais tendo em conta a perspetiva dos participantes. O âmbito da investigação tende a ser mais circunscrito, em termos de abrangência, e mais focalizado em assuntos específicos e relacionados com a vida (local e regional) das populações.

A forte ligação aos contextos da investigação qualitativa acarreta dificuldades na comparação dos dados obtidos em estudos distintos e conduzidos por diferentes investigadores e limita a sua generalização. A natureza contextual torna mais difícil a utilização de instrumentos standardizados e das técnicas de controlo de possíveis fontes de erros, características dos estudos quantitativos (Vieira, 1999). Talvez por isso, durante muito tempo, a investigação qualitativa foi criticada pela dificuldade em estabelecer a validade dos seus estudos e em demonstrar a legitimidade das conclusões obtidas, aspeto que tem vindo, no entanto, a ser ultrapassado.

Nos últimos anos do século XX e início do século XXI emergiram os *Mixed Methods Research* (MMR), métodos mistos de investigação, uma abordagem metodológica em que o investigador combina métodos e técnicas quantitativas e qualitativas num mesmo estudo. Trata-se de uma proposta em processo de construção e consolidação, encarada por uns como uma metodologia e por outros como um novo paradigma, uma terceira via (Dias López, 2014).

Sem querer aprofundar esta questão, salientáramos apenas que a conceção dos designs mistos de investigação vem demonstrar que há uma panóplia de recursos metodológicos à disposição dos investigadores e que esta pluralidade não deve ser encarada de forma dicotómica, mas antes complementar. O ideal será mesmo combinar a utilização da metodologia quantitativa e qualitativa num único estudo para abordar um problema em particular, na medida em que esta diversidade enriquece e complementa o conhecimento da realidade.

Só a contribuição de várias metodologias é que nos poderá ajudar a compreender os diversos cambiantes de uma realidade multifacetada. Nem sempre é conveniente utilizar desenhos experimentais ou quase experimentais; nem sempre é desejável a mensuração das variáveis e o emprego de planos correlacionais. A utilização de um método ou de outro vai depender da natureza do problema a investigar e do grau de conhecimento que se tem sobre o mesmo. Nas palavras sábias de Simões (1990, p. 48), “não há, aliás, métodos perfeitos, sejam eles quantitativos ou qualitativos. O controlo absoluto das variáveis não passa de um ideal inatingível: cada método, em certos aspetos, é mais ou menos eficaz do que outros. E é em relação a um problema particular que um deles pode ser melhor do que outro”.

REFERÊNCIAS

- Dias López, S. (2014). Los métodos mixtos de investigación: Presupuestos generales y aportes a la evaluación educativa. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 48 (1), 7-23. Acedido em http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_48-1_1
- McMillan, J., & Schumacher, S. (2001). *Research in education: A conceptual introduction* (5.ª ed.). Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.
- Simões, A. (1990). A investigação-acção: Natureza e validade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 39-51.
- Vieira, C. M. (1999). A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: Questões relativas à sua fidelidade e validade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 89-116.

Millenium, 2(ed espec nº5), 23-24.

pt

A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: INTEGRAÇÃO NOS DIVERSOS CAMPOS DO CONHECIMENTO E NOS CUIDADOS DE SAÚDE

QUALITATIVE RESEARCH: INTEGRATION IN DIFFERENT FIELDS OF KNOWLEDGE AND HEALTH CARE

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: INTEGRACIÓN EN LOS DIFERENTES CAMPOS DE CONOCIMIENTO Y ATENCIÓN MÉDICA

Stella Taquette¹

Cristina Lavareda Baixinho²

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Stella Taquette - stella.taquette@gmail.com | Cristina Lavareda Baixinho - crbaixinho@esel.pt



Autor Correspondente

Cristina Lavareda Baixinho
Avenida Professor Egas Moniz
1600-190 Lisboa
tella.taquette@gmail.com

RECEBIDO: 08 de maio de 2020

ACEITE: 26 de maio de 2020

EDITORIAL ESPECIAL

A INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA: INTEGRAÇÃO NOS DIVERSOS CAMPOS DO CONHECIMENTO E NOS CUIDADOS DE SAÚDE

A investigação qualitativa cujo nascedouro repousa na grande área de conhecimento das Ciências Sociais vem paulatinamente se consolidando como fundamental em variados campos do saber, especialmente nas Ciências da Saúde, apesar da hegemonia dos métodos quantitativos na maioria deles. Nesta última, pode-se dizer que há uma crise na avaliação epidemiológica na saúde, pois esta não alcança solucionar os problemas que se apresentam e o facto de a epidemiologia persistir como um núcleo hegemônico na saúde colectiva, comporta vários desafios para o enfoque qualitativo. Alguns quantitativistas e positivistas da ciência questionam a cientificidade do conhecimento produzido nas pesquisas qualitativas, pois a veracidade da pesquisa qualitativa, amplamente narrativa, não pode ser apreciada por cálculos numéricos e estatísticos.

Há evidências de que os métodos qualitativos estão sendo cada vez mais indicados para responder questões de relevância que envolvem seres humanos em áreas de conhecimento diversas como Educação, Administração, Turismo, Engenharias, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Odontologia, Saúde Pública, entre outras. O método qualitativo, portanto, é de fundamental importância na produção de conhecimento científico e frequentemente desempenha papel integrador dos múltiplos olhares que se tem para determinado objeto de investigação.

A diversidade de contextos implica que as necessidades e oportunidades para a produção de novo conhecimento não são iguais, o que traz implícito que é essencial reorientar e reinterpretar a interrelação entre domínios do paradigma científico, de modo a possibilitar a evolução do conhecimento.

No campo da saúde, as alterações demográficas, as doenças crónicas e alterações de funcionalidade associadas ao aumento da esperança média de vida e ao desenvolvimento dos cuidados de saúde originaram necessidades de saúde específicas e com elas novos desafios para a pesquisa em saúde, com a emergência de abordagens metodológicas complexas para a sua compreensão, para a produção de novo conhecimento e sobretudo para colocar a evidência nos contextos da práxis.

O paradigma qualitativo e interpretativo é diversificado, anti-positivista, recorre à perspectiva dos indivíduos, privilegia significados e intenção de ação, possibilitando a compreensão de uma realidade que é dinâmica e associada à história específica de cada indivíduo e dos contextos.

Vamos um pouco mais além, neste editorial, ao considerar que esta abordagem conceptual possibilita uma compreensão profunda dos processos de saúde-doença, da pessoa que os experiencia, do seu ambiente e dos cuidados que precisa e quer receber, e da relação entre os metaparadigmas, originando novos padrões de conhecimento, para além do empírico.

A valorização do contexto adequa a pesquisa à realidade específica onde é produzido e promove a sua transferência para as práticas em saúde. A pesquisa qualitativa procura conhecer os sistemas de crenças, de valores, de comunicação e de relação, bem como compreender os significados e as intenções das ações humanas, de forma a integrar a complexidade social e cultural e permitir a evolução enquanto ciência. Este tipo de pesquisa permite a evolução de todas as ciências pelo olhar da interdisciplinaridade.

A questão central do rigor da investigação e da valorização e introdução dos resultados obtidos por métodos e técnicas não quantitativas não é um desaire de um grupo ou das preferências dos pesquisadores, é acima de tudo a chave para a verdadeira humanização e integração dos cuidados, evitando a desfragmentação dos mesmos.

O trabalho colaborativo e em proximidade entre a academia, os profissionais e os clientes dos cuidados de saúde, inseridos nos contextos específicos da prestação de cuidados, mediado pelo debate das experiências nas diferentes realidades, permite identificar problemas e dificuldades, mas também estratégias e soluções para uma resposta integrada e integradora aos novos desafios.

Por fim, destacamos que não é nosso objetivo contribuir para a dicotomização da investigação entre dois polos: quali e quanti, ao contrário, defendemos uma ciência com integração de métodos e técnicas diferentes para a compreensão da realidade. Ademais, não desperdiçamos a oportunidade de agitar pensamentos sobre os riscos de se valorizar um paradigma em detrimento de outro, dado que a realidade é dinâmica e associada à história específica de cada indivíduo e dos contextos.

CIÊNCIAS AGRÁRIAS, ALIMENTARES E VETERINÁRIAS
AGRICULTURAL SCIENCES, FOOD AND VETERINARY
CIENCIAS AGRÍCOLAS, ALIMENTOS Y VETERINARIA

millenium

APRENDIZAGEM INTEGRADA COLABORATIVA: ESTUDO DE CASO DE APLICAÇÃO À ENGENHARIA DE ALIMENTOS
COLLABORATIVE INTEGRATED LEARNING: STUDY CASE OF APPLICATION TO FOOD ENGINEERING
APRENDIZAJE INTEGRADO COLABORATIVO: ESTUDIO DE CASO DE APLICACIÓN A LA INGENIERÍA DE ALIMENTOS

27
27
27

O IMPACTO DAS ESCOLHAS ALIMENTARES NA PROTECÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DOS ANIMAIS E NA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL
THE IMPACT OF FOOD CHOICES ON HUMAN AND ANIMAL RIGHTS PROTECTION AND ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY
EL IMPACTO DE LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LOS ANIMALES Y LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

35
35
35

Millenium, (ed espec nº 5), 27-33.



APRENDIZAGEM INTEGRADA COLABORATIVA: ESTUDO DE CASO DE APLICAÇÃO À ENGENHARIA DE ALIMENTOS
COLABORATIVE INTEGRATED LEARNING: STUDY CASE OF APPLICATION TO FOOD ENGINEERING
APRENDIZAJE INTEGRADO COLABORATIVO: ESTUDIO DE CASO DE APLICACIÓN A LA INGENIERÍA DE ALIMENTOS

Raquel Guiné¹

¹ Polytechnic Institute of Viseu, CI&DETS/CERNAS Research Centres, Viseu, Portugal

Raquel Guiné - raquelguine@esav.ipv.pt



Corresponding Author

Raquel Guiné

Escola Superior Agrária

Quinta da Alagoa - Estrada de Nelas, Ranhados

3500 - 606 Viseu - Portugal

raquelguine@esav.ipv.pt

RECEIVED: 05th July 2019

ACCEPTED: 23th September 2019

RESUMO

Introdução: A aprendizagem colaborativa compreende um conjunto de métodos de ensino/aprendizagem em que os alunos são estimulados a trabalhar em conjunto para cumprir um objetivo comum de aprendizagem. Esta abordagem foi adotada através de uma ampla variedade de disciplinas, currículos, ambientes escolares, abordagens de ensino ou grupos etários.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi discutir as vantagens e desvantagens de usar ferramentas ou técnicas inovadoras de aprendizagem para promover a aprendizagem ativa a partir de uma experiência prática real.

Métodos: A aprendizagem integrada em disciplinas na área de Engenharia de Alimentos foi analisada com base nos resultados de aprendizagem, avanços do trabalho colaborativo, dificuldades encontradas, estratégias de resolução de problemas e limitações na avaliação da aprendizagem.

Resultados: Os resultados obtidos permitiram concluir que o projeto integrado desenvolvido nas 3 unidades curriculares diferentes é benéfico e os alunos tendem a se envolver nas atividades solicitadas com compromisso verdadeiro; esta abordagem permite o desenvolvimento de competências complementares e muito para além do simples conhecimento; e, finalmente, prepara os alunos para experiências da vida real, ao mesmo tempo que garante uma avaliação justa dos resultados da aprendizagem para todos, enquanto ainda a frequentar a universidade.

Conclusões: Este trabalho destacou a necessidade de aprofundar o debate sobre este tema, a fim de melhorar o conhecimento dos alunos e as habilidades de aprendizagem.

Palavras-chave: resultados de aprendizagem; riscos de avaliação; aprendizagem inovadora

ABSTRACT

Introduction: Collaborative learning comprises a set of teaching/learning methods in which students are stimulated to work together in order to fulfil a common learning goal. This approach has been adopted throughout a very wide variety of disciplines, curricula, school environments, teaching approaches or age groups.

Objectives: The objective of this work was to discuss the advantages and drawbacks of using innovative learning tools or techniques to promote active learning from a real practice experience.

Methods: The integrated learning on subjects in area of Food Engineering was analysed based on the learning outcomes, advances of collaborative work, difficulties found, problem solving strategies and learning assessment limitations.

Results: The results obtained allowed concluding that the integrated project developed in the 3 different syllabus is beneficial and the students tend to engage in the requested activities with true commitment; this approach allows the development of complementary competences and far beyond simple knowledge; and finally, it prepares the students for real life experiences, while guarantying a fair evaluation of learning outcomes for all while still at university.

Conclusions: This work highlighted the need to deepen the debate on this topic in order to improve students' knowledge and learning skills.

Keywords: learning outcomes; assessment risks; innovative learning

RESUMEN

Introducción: El aprendizaje colaborativo comprende un conjunto de métodos de enseñanza/aprendizaje en los cuales los estudiantes son estimulados a trabajar juntos para cumplir una meta de aprendizaje común. Este enfoque ha sido adoptado a través de una gran variedad de disciplinas, planes de estudio, entornos escolares, enfoques de enseñanza o grupos de edad.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue discutir las ventajas e inconvenientes de utilizar herramientas o técnicas de aprendizaje innovadoras para promover el aprendizaje activo desde una experiencia de práctica real.

Métodos: El aprendizaje integrado sobre temas en el área de Ingeniería de Alimentos se analizó en función de los resultados del aprendizaje, los avances del trabajo colaborativo, las dificultades encontradas, las estrategias de resolución de problemas y las limitaciones de la evaluación del aprendizaje.

Resultados: Los resultados obtenidos permitieron concluir que el proyecto integrado desarrollado en los 3 programas de estudio diferentes es beneficioso y los estudiantes tienden a participar en las actividades solicitadas con verdadero compromiso; este enfoque permite el desarrollo de competencias complementarias y mucho más allá del simple conocimiento; y, finalmente, prepara a los estudiantes para las experiencias de la vida real, al tiempo que garantiza una evaluación justa de los resultados de aprendizaje para todos mientras están en la universidad.

Conclusiones: Este trabajo destacó la necesidad de profundizar el debate sobre este tema para mejorar el conocimiento y las habilidades de aprendizaje de los estudiantes.

Palabras clave: resultados de aprendizaje; riesgos de evaluación; aprendizaje innovador

INTRODUCTION

Collaborative learning comprises a set of teaching/learning methods in which students are stimulated to work together in order to fulfil a common learning goal. This approach has been adopted throughout a very wide variety of disciplines, curricula, school environments, teaching approaches or age groups. The collaborative learning includes on one hand cognitive benefits, such as improved learning performance and motivation, as well as enriched social skills essential for future professional success. Because collaborative learning has been assuming a progressively important role in learning and educational approaches, it has led to a widespread of research devoted to the subject. Collaborative learning relies on the fact that knowledge is a social construct, and the 4 principles of collaborative activities are: 1) The student is primary focus of instruction, 2) Interaction and “doing” are of pivotal importance, 3) Working in groups facilitates learning, 4) Focus on developing solutions to real-life problems. Collaborative learning can occur peer-to-peer or in larger groups. Through peer instruction, students teach each other by addressing misunderstandings and clarifying misconceptions. Group work or collaborative learning can involve a variety of forms, namely, quick active learning activities in class or more complex group projects that span the course of a scholar semester/year (Haataja et al., 2018; Zhang and Cui, 2018).

Regarding the impact of collaborative learning or group work, research has shown that educational experiences which are active, social, contextual, engaging, and student-owned allow students a more efficient learning process. They enhance the development of higher-level thinking, oral communication, self-management, and leadership skills, and at the same time promote student-faculty interaction and prevention of abandon. On the other hand, student self-esteem and responsibility are improved and preparation for real life social and employment situations is enhanced through exposure to increased understanding of diverse perspectives (Järvenoja et al., 2017; Kulikovskikh et al., 2017).

Case method and problem-based learning refer to similar approaches to the teaching-learning process. Both focus the learning experience on realistic or real-life situations, which are undertaken by small groups of students under the guidance of a teacher or tutor. The case method dates from 1870 and was first referred at Harvard University Law School, while problem-based learning was formally presented about one century after, as a derivation from the case method. Problem-Based Learning is a collaborative, student-centred approach to learning in which students learn about a subject by working in groups to solve an open-ended problem. Conceptualising the regulation interactive and dynamic learning is highly influenced by motivational and emotional constraints, because group working experiences and individual socio-emotional aspects are fundamental in determining a group's learning process and cognitive regulation. Strategies that involve students working together to solve a problem include: inquiry based learning, authentic learning and discovery learning. The methodology encompasses the following steps: a) Presenting students with a problem, b) Providing some structure or guidance toward solving the problem, c) Reaching a final outcome or solution (Järvenoja et al., 2017; Servant-Miklos, 2018).

One of the fundamental principles when revising standards for education is curriculum integration, though which theory is deeply linked to real practice, and therefore knowledge is connected, applied, understood and obtainable. The integrated project approach can refer to integrated curriculum or multidisciplinary integration. It is about making connections of diverse nature, including across disciplines, with real life experiences or even skill-based or knowledge-based connections (Mawdsley and Willis, 2018; Mu and Ziolkowska, 2018; Ouko, 2018).

The objective of this work was to discuss the advantages and drawbacks of using innovative learning tools or techniques to promote active learning from a real practice experience. For that, the integrated learning on subjects in area of Food Engineering was analyzed based on the learning outcomes, advances of collaborative work, difficulties found, problem solving strategies and learning assessment limitations.

1. METHODS: CASE STUDY

As stated before, the main objective of the present work was to develop and implement a multidisciplinary project in the ambit of food engineering learning. For this, a pilot project was planned to correlate the learning objectives of different subjects / curricular units / syllabuses, in a way that would appear natural in terms of the development stages and topics addressed. This would involve a deep curriculum analysis followed by a critical evaluation of the topics to consider and the corresponding suitable timeline. The students considered for the development and implementation of the experimental approach were in the course of Food Engineering, bachelor degree with 3 years' duration, corresponding to 180 ECTS, and level 6 in the European Qualifications Framework (1st cycle of European Higher Education). Then, they continued their studies in a master degree, with 2 years' duration, corresponding to 120 ECTS, and level 7 in the European Qualifications Framework (2nd cycle of European Higher Education). The integrative curriculum approach involved three curricular units, as listed in Table 1.

Table 1 – Curricular Units involved in the collaborative integrated project.

Abbreviation	Curricular Unit	Course	Number of students per class	Year / Semester
1-IDFP	<i>Innovation and Development of Food Products</i>	Graduation Degree in Food Engineering	25 to 30	2 nd year / 2 nd semester
2-IEF	<i>Industrial Equipment and Facilities</i>	Graduation Degree in Food Engineering	25 to 30	3 rd year / 1 st semester
3-IPC	<i>Instrumentation and Process Control</i>	Master Degree in Food Quality & Technology	15 to 20	1 st year / 1 st semester

The objectives of the integrated project were complimentary between the subjects, as represented in Table 2, and implemented sequentially as the students advanced in the curriculum of the courses involved.

In the implementation of the plan described in Table 2, a critical point was identified associated with the methodology for development of the tasks in phase 2, i.e., the design the industrial plant. In fact, and because all tasks are interdependent, excellent team work and communication must be present at all times for overall success. Hence, failure in one task may compromise other tasks, and therefore will impact the entire project.

Table 2 – Implementation of the collaborative integrated project.

UNIT	1-IDFP
Objective	Phase 1: Develop a new food product
Tasks	Generate ideas / Discuss and select a class project / Test formulations / Develop prototypes / Sensory analysis / FQ analyses / Consumer acceptance study / SWOT analysis / Package and marketing considerations
Methodology	Involvement of all class, divided in groups of 5/6 students. Each group develops its own prototype under the same product category.
UNIT	2-IEF
Objective	Phase 2: Design the industrial plant for the production of the product developed
Tasks	Define the flow chart of the production line / Make mass and energy balances / Dimension and specification of equipment / Layout / Residues and effluents handling or treatment / Human resources / Budget and economic viability analysis
Methodology	Given the amount of work involved and complexity of the tasks, the class was divided into groups of 5/6 students, each devoted to a specific task.
UNIT	3-IPC
Objective	Phase 3: Specify all instrumentation needed for the factory projected
Tasks	Define the flow chart of the production line / Make mass and energy balances / Dimension and specification of equipment / Layout / Residues and effluents handling or treatment / Human resources / Budget and economic viability analysis
Methodology	Involvement of all class, divided in groups of 5/6 students to analyse the same problem and compare experiences, doing parallel work.

2. RESULTS AND DISCUSSION

The disciplines of Applied Engineering in their variable domains, constantly need to respond to a wide variety of demands, and therefore gradually are developed educational programs that use innovative approaches to adapt the learning outcomes and curricula to the most recent findings in science and practice. In the case of engineering education the challenges go beyond that and include additional aspects, namely globalisation, focus on independent life-long-learning particularly professional practice, societal demands focusing on sustainability goals, and student enrolment into engineering programs (Niranjan, 2016). Some of these aspects are addressed in the present work, namely enrolments and practical activities. The results of the implementation of the collaborative integrate project in food engineering were connected to the learning outcomes in all the subjects involved. Successful learning outcomes were verified at many levels during implementation of phases 1 and 3 of the project (Figure 1), i.e., the development of the product and the specification of the instrumentation needed for the industrial plant.



Figure 1 – Successful learning outcomes derived from the implementation of the integrated collaborative project.

In particular, the students were highly involved in the activities planned and actively participated collaborating with each other. The generation of ideas and the brainstorming that followed with ample discussion allowed the verification of the positive as well as negative aspects linked to each of the ideas, and led to a better decision making, in view of approximating the fictional project with real life cases.

However, in phase 2, corresponding to the design of the industrial plant for the production of the product developed, the high risk associated with the critical point identified (Figure 2) originated some problems, namely:

- **Failure of only one group could be disastrous for the whole project:** the group that was aimed at protecting the equipment was much delayed and it brought problems to the group that was working on the layout, who needed the information about the equipment;
- **Failure in the test leads to unprepared professionals:** this was a test made in the context of academic work, but it revealed some unprepared students, who in the future may not succeed in the working competitive environment;
- **In real life situations failure to work in collaborative teams can lead to dismissal of the employer and put the enterprise at risk:** the preparation intended with the collaborative integrated project could prepare the students for the real life situations, but for some it did not seem important enough to get their commitment with the project as a whole;
- **The lack of responsibility of just a few compromises the assessment of the whole class:** because some elements failed in their tasks, the whole objective was not achieved at the end of the semester and that would be reflected in the marks given to the students.

The results obtained with this implementation revealed that the students were not prepared for the experience tested at that time. Hence, because there were still some students who were immature and did not really make an effort to work, alternative measures had to be implemented not to impair the just evaluation of the colleagues.

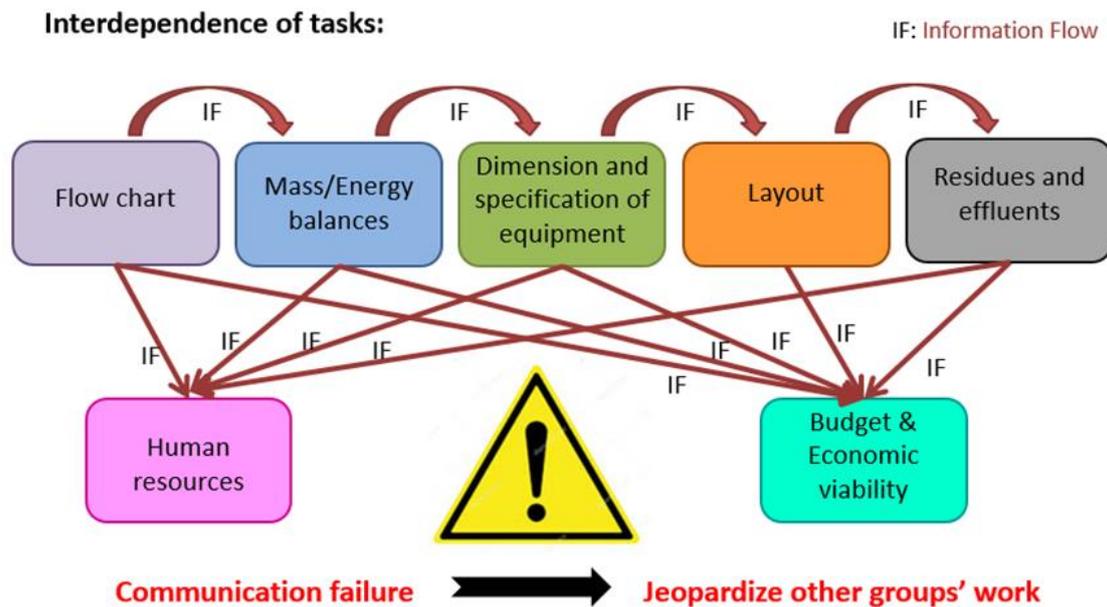


Figure 2 – Flow of information associated with tasks in phase 2 of the project.

The encountered alternative solution involved the reduction of level of interdependence between the groups, so that a final outcome could be reached even if some students failed to fulfil their attributed tasks, by allowing alternative assignments. Hence the methodology was as follows:

- Divide the class into only 2 groups with a higher number of members
- Each group has to undertake all the 7 tasks
- The internal division of tasks is the group's responsibility

The advantages of this alternative way of completing the tasks underlying the integrated collaborative project on food engineering are the following:

- In each group, if one task is assigned to one member who fails, it is their own responsibility to solve the problem the best they can, but they always have an "alternative"
- Each group depends only on itself to successfully achieve the outcomes
- Each of the groups work in parallel, so they can exchange experiences between them
- Both groups can benefit from extra knowledge by exchanging experiences

This methodology allows the same level of interactive learning and collaborative work, but avoiding the critical points identified and that proved to lead to eventual failure in the fulfillment of the assigned tasks.

Problem solving in engineering education needs to be emphasized to increase fluency and capacity for response in a practical context. Students in engineering programs tend to develop this capability to solve problems, but the cognitive fluency results from a teaching/learning process aimed at adapting to new situations. Successful engineering students are likely to produce in their future professional life viable solutions, working from the problem basis to its solution (Grossberg, 2013; Stahovich et al., 2019; Taraban, 2011).

CONCLUSIONS

The experience from the present study case allowed some conclusions, as highlighted below:

- The integrated project in the 3 different syllabus is beneficial and the students tend to engage in the requested activities with true commitment
- This approach allows the development of complementary competences and far beyond simple knowledge
- It prepares the students for real life experiences, while guarantying a fair evaluation of learning outcomes for all while still at university

ACKNOWLEDGEMENTS

This work was presented at the ICALE 2018 - International Conference on Active Learning and Education (in collaboration /cooperation with the Flipped Learning Global Initiative), that took place in Viseu, at Instituto Politécnico de Viseu, from 26th to 27th September 2018.

The authors thank Instituto Politécnico de Viseu/CI&DETS and FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., for financial support under the project UID/Multi/04016/2016

REFERENCES

- Grossberg, S. (2013). Adaptive Resonance Theory: how a brain learns to consciously attend, learn, and recognize a changing world. *Neural Netw* 37, 1–47.
- Haataja, E., Malmberg, J., & Järvelä, S. (2018). Monitoring in collaborative learning: Co-occurrence of observed behavior and physiological synchrony explored. *Computers in Human Behavior* 87, 337–347.
- Järvenoja, H., Järvelä, S., & Malmberg, J. (2017). Supporting groups' emotion and motivation regulation during collaborative learning. *Learning and Instruction*.
- Kulikovskikh, I.M., Prokhorov, S.A., & Suchkova, S.A. (2017). Promoting collaborative learning through regulation of guessing in clickers. *Computers in Human Behavior* 75, 81–91.
- Mawdsley, A., & Willis, S. (2018). Exploring an integrated curriculum in pharmacy: Educators' perspectives. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning* 10, 373–381.
- Mu, J.E., & Ziolkowska, J.R. (2018). An integrated approach to project environmental sustainability under future climate variability: An application to U.S. Rio Grande Basin. *Ecological Indicators* 95, 654–662.
- Niranjan, K. (2016). A possible reconceptualization of food engineering discipline. *Food and Bioproducts Processing* 99, 78–89.
- Ouko, E.M. (2018). Contextualising integrated conservation and development projects: Restoring the lost 'harambee' link in Kenya. *Geoforum* 92, 81–91.
- Servant-Miklos, V.F.C. (2018). The Harvard Connection: How the Case Method Spawned Problem-Based Learning at McMaster University. *Health Professions Education*.
- Stahovich, T.F., Van Arsdale, T.S., & Mayer, R.E. (2019). How handwriting behaviors during problem solving are related to problem-solving success in an engineering course. *Contemporary Educational Psychology* 58, 331–337.
- Taraban, R. (2011). Information Fluency Growth Through Engineering Curricula: Analysis of Students' Text-Processing Skills and Beliefs. *Journal of Engineering Education* 100, 397–416.
- Zhang, J., & Cui, Q. (2018). Collaborative Learning in Higher Nursing Education: A Systematic Review. *Journal of Professional Nursing*.

Millenium, (ed espec nº5), 35-43.



O IMPACTO DAS ESCOLHAS ALIMENTARES NA PROTECÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DOS ANIMAIS E NA SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

THE IMPACT OF FOOD CHOICES ON HUMAN AND ANIMAL RIGHTS PROTECTION AND ENVIRONMENTAL SUSTAINABILITY

EL IMPACTO DE LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS EN LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LOS ANIMALES Y LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

Raquel Guiné¹

Paula Correia¹

Manuela Ferreira²

Monica Tarcea³

Elena Bartkiene⁴

Elena Vittadini⁵

¹Polytechnic Institute of Viseu, CI&DETS/CERNAS Research Centres, Viseu, Portugal

²Polytechnic Institute of Viseu, CI&DETS/UICISA Research Centres, Viseu, Portugal

³Univ. Medicine & Pharmacy Targu-Mures, Dep. of Community Nutrition & Food Safety, Targu-Mures, Romania

⁴Lithuanian University of Health Sciences, Dep. Food Safety and Quality, Kaunas, Lithuania

⁵University of Camerino, School of Biosciences and Veterinary Medicine, Camerino, Italy

Raquel Guiné - raquelguine@esav.ipv.pt | Paula Correia - paulacorreia@esav.ipv.pt | Manuela Ferreira - mmcferreira@gmail.com |
Monica Tarcea - monaumf2001@yahoo.com | Elena Bartkiene - Elena.Bartkiene@ismuni.lt | Elena Vittadini - elena.vittadini@unicam.it



Corresponding Author

Raquel Guiné

Escola Superior Agrária

Quinta da Alagoa - Estrada de Nelas, Ranhados

3500 - 606 Viseu - Portugal

raquelguine@esav.ipv.pt

RECEIVED: 02th September 2019

ACCEPTED: 17th November 2019

RESUMO

Introdução: As escolhas alimentares das pessoas são da maior importância para regulamentar os mercados e a cadeia alimentar com vista à meta global de sustentabilidade.

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi avaliar em que medida alguns aspetos ligados à sustentabilidade na cadeia alimentar influenciam as escolhas alimentares das pessoas, especificamente nos domínios de embalagem, excedentes, transporte e bem-estar humano ou animal.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal envolvendo 3183 pessoas de Portugal, Itália, Lituânia e Roménia, que participaram neste estudo por questionário entre janeiro e junho de 2018.

Resultados: As pessoas tendem a condicionar as suas escolhas alimentares com vista a contribuir para uma cadeia alimentar mais sustentável, com respeito pelo meio ambiente, pelos seres humanos e pelos animais. As áreas em que esse comportamento é mais forte incluem evitar o desperdício de alimentos em casa (80% dos participantes), preferência por alimentos locais (60%), cultivo sustentável, preparação ou embalagem de alimentos (66%). O respeito pelos direitos dos animais é muito importante para 62% dos participantes, mas o respeito pelos direitos humanos é uma preocupação de apenas 32%. Os resultados dos testes estatísticos indicaram que a idade, a educação, o país, a área profissional e o tipo de dieta influenciaram significativamente as escolhas das pessoas em relação à sustentabilidade da cadeia alimentar.

Conclusões: Embora os resultados sejam indicativos de que as pessoas começam a condicionar os seus comportamentos alimentares também de acordo com questões de sustentabilidade, também é verdade que ainda há trabalho a ser feito, uma vez que a adoção dessas escolhas sustentáveis ainda é limitada.

Palavras-chave: cadeia alimentar; embalagem de alimentos; alimentos sustentáveis; resíduos; bem-estar

ABSTRACT

Introduction: People's food choices are of the utmost importance to regulate markets and the food chain towards the global goal of sustainability.

Objectives: The objective of this work was to evaluate to what extent some aspects linked to sustainability in the food chain influence people's food choices, specifically in the domains of packaging, food surplus, transportation and human or animal welfare.

Methods: This is a cross-sectional study involving 3183 people from Portugal, Italy, Lithuania and Romania, who participated in this questionnaire survey between January and June 2018.

Results: People tend to condition their food choices in view of contributing for a more sustainable food chain with respect for environment, humans and animals. The areas in which this behaviour is stronger include avoiding food waste at home (80% of participants), preference for local foods (60%), sustainable food growing, preparation or packaging (66%). The respect for animal rights is very important for 62% of the participants, but the respect for Human rights is a concern for just 32%. The results of statistical tests indicated that age, education, country, professional area and type of diet all significantly influenced people's choices regarding the sustainability of the food chain.

Conclusions: Although the results are indicative that people start to condition their eating behaviours also according to sustainability issues, it is a fact that there is still work to be done, since the adoption of these sustainable choices is still in a limited extent.

Keywords: food-chain; food package; sustainable food; waste; welfare

RESUMEN

Introducción: Las elecciones alimentarias de las personas son de suma importancia para regular los mercados y la cadena alimentaria hacia el objetivo global de sostenibilidad.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar en qué medida algunos aspectos vinculados a la sostenibilidad en la cadena alimentaria influyen en las elecciones alimentarias de las personas, específicamente en los dominios de embalaje, excedente de alimentos, transporte y bienestar humano o animal.

Métodos: Este es un estudio transversal que incluyó a 3183 personas de Portugal, Italia, Lituania y Rumania, que participaron en esta encuesta entre enero y junio de 2018.

Resultados: las personas tienden a condicionar sus elecciones alimentarias con el fin de contribuir a una cadena alimentaria más sostenible con respeto por el medio ambiente, los humanos y los animales. Las áreas en las que este comportamiento es más fuerte incluyen evitar el desperdicio de alimentos en el hogar (80% de los participantes), la preferencia por los alimentos locales (60%), el cultivo sostenible de alimentos, la preparación o el envasado (66%). El respeto por los derechos de los animales es muy importante para el 62% de los participantes, pero el respeto por los derechos humanos solo preocupa al 32%. Los resultados de



las pruebas estadísticas indicaron que la edad, la educación, el país, el área profesional y el tipo de dieta influyeron significativamente en las elecciones de las personas con respecto a la sostenibilidad de la cadena alimentaria.

Conclusiones: Aunque los resultados son indicativos de que las personas comienzan a condicionar sus conductas alimentarias también de acuerdo con los problemas de sostenibilidad, es un hecho que todavía hay trabajo por hacer, ya que la adopción de estas opciones sostenibles aún es limitada.

Palabras clave: cadena alimentaria; cadena alimentaria; alimentos sostenibles; residuos; bienestar

INTRODUCTION

Sustainability policies go back to the 80's last century and rely on three fundamental pillars, which are environment, economy and society. Hence achieving sustainability has to be interpreted as working on these three fronts, some harder than other to understand and modulate, like for example the social dimension. In the case of food chain, from primary production up to the final disposal of leftovers and package, food must be produced, transformed, stored, transported, displayed (in supermarkets in case of refrigerated products), handled and disposed in sustainable ways. The social facet of this challenge, a sustainable food chain, can include attributes such as food availability, safety, quality and adequacy, ethical trading, worker welfare, animal welfare, rural livelihoods, decent wages, trust or equity (Sharpe and Barling, 2019).

Presently, organizations attribute increasing importance to the concept of sustainability, implementing concrete measures, either as a way to improve the company's image to the general public, or also for direct economic advantages while at the same time improving environmental performance and minimizing the possible harmful impacts. Seventeen Sustainable Development Goals (SDGs) have been established in the domain of food waste management (Thamagasorn and Pharino, 2019). Among those, Target 12.3 aims to reduce food losses by 2030 and diminish the per capita global food waste to half (FAO, 2018). This, no doubt has launched challenges that have projected food waste as primary targets at international level. According to Garcia-Garcia et al. (2015) every year one third of the food produced globally is never consumed and ends up as waste (≈ 1.3 billion tons/year). In the catering industry or services this is also a reality, with the same proportion of food (1/3) being disposed of as waste, as a consequence of overproduction in order to avoid running out (IME, 2013). The sustainability issues linked to food waste are varied and go beyond the loss of valuable caloric content. In fact, they include aspects like the depletion of soil fertility, the loss of water and energy required for the production, transformation, storage and handling of foods, as well as the increasing governmental annual global costs of solid waste management (CGIAR, 2012). This is expected to almost double from 2010 to 2025 (WB, 2012). Agri-food systems refer to the activities and socio-technical governance that frame the processes involved in food production, manufacture, retailed and consumption. The factors that influence food production include internal supply chain aspects like growing mode (conventional agriculture *versus* organic farming or fisheries *versus* aquaculture, are some examples), use of resources and land quality, as well as a set of external factors like production intensification, globalization, climate change, scarceness of natural resources and need to guarantee the future demands (Godfray and Garnett, 2014; Hubeau et al., 2017; Rees et al., 2019).

The way people perceive sustainable food concepts and how consumers shape their behaviours as a function, or not, of those perceptions is greatly important to assess reliable information and create opportunities for implementing global policies of sustainability in the food supply chain. Hence, the aim of the present study, as a part of the international project EATMOT, was to evaluate to what extent some aspects linked to sustainability in the food chain influence people's attitudes towards food choices, specifically in the domains of packaging, food surplus, transportation and human and animal welfare.

1. METHODS

1.1. Instrument

The EATMOT study was carried out by means of a questionnaire, which was designed to collect information about the sociodemographic characteristics of the participants, their habits regarding food and eating practices, and their eating motivations on six different dimensions: health, emotions, environment and politics, price and convenience, society and culture, marketing and commercials. However, to this particular study only the items from the scale for environmental and political motivations were considered. All items were measured on a 5-point Likert scale: 1 - strongly disagree, 2 - disagree, 3 - neither agree nor disagree, 4 - agree and 5 - strongly agree. The questionnaire was approved by the Ethical Committee of Health School of Viseu with Reference nº 04/2017, before application.

1.2. Data collection

This is a cross-sectional study involving 3183 participants, adult citizens, recruited voluntarily to answer the questionnaire, in the four countries participating in the study: Portugal, Italy, Lithuania and Romania. The data collection occurred between January and June 2018, and all ethical procedures were followed when designing the study and applying the questionnaire.

1.3. Statistical analysis

For the treatment of data, basic descriptive statistics was used (frequencies, mean, standard deviation) complemented with statistical tests: T-test for independent samples to compare between 2 groups and ANOVA to compare between three or more groups. In all cases the level of significance considered was 5% and the software used was SPSS version 25 (IBM, United States).

2. RESULTS AND DISCUSSION

2.1. Sample characterisation

The study included 3183 participants, from which 68.6% were female and 31.4% were male. The age distribution was as follows: 39,3% young adults (18 – 30 years), 39.7% average adults (31 – 50 years), 17.1% senior adults (51 – 65 years) and 3.9% elderly (over 65 years). Most participants had a university level of education, 60.7%, while 35.9% had completed secondary school and a minority, 3.4%, had primary school as the highest level of education completed. The distribution by country was 41.3% from Portugal, 25.8% from Romania, 17.0% from Italy and 15.9% from Lithuania, and attempted to represent different regions of Europe, respectively, the Iberian Peninsula, central Europe, Mediterranean Europe and northern Europe.

2.2. Eating habits

Eating habits are the result of the individual food choices that one individual brings repeat in everyday life (Köster, 2009). Because the eating habits can be associated with different food choices, this was also an issue addressed in the questionnaire, for which the participants were asked about their dietary pattern. Hence it was observed that only 24.1% of the participants followed a special diet. Regarding the dietary regimen, most participants indicated they practiced caloric restriction (45.1%), in second place came vegetarianism (15.2%) and third flexitarianism (14.3%), as the most representative (Figure 1). Caloric restriction is a very common practice, used for many different purposes, including the weight control to fight obesity and the harmful health consequences associated with this civilizational disease. Overweight and obesity are nutrition-related problems that have been assuming a preoccupying dimension in the last decades, and for which greatly contribute the economic and nutritional changes associated with modern life styles (Gil-Rojas et al., 2019). The economic impact of obesity is a world problem, and is felt in two areas: on one side the increase in health expenditure while on the other there is a loss of productivity due to inability to work. Obesity has been identified as a major risk factor for a huge number of morbidities, most of which are related to significant endocrine and metabolic disorders (Lehnert et al., 2013). Nevertheless, the practice of caloric restriction has been associated with other health improving functions, namely, anti-cancer (Lu et al., 2019), intestinal health (Fabersani et al., 2018), age retardation (Bi et al., 2018), neuroprotection (Yao et al., 2019), fighting skin ageing (Forni et al., 2017) or reprogramming hepatic functions (Rhoads et al., 2018), to name a few.

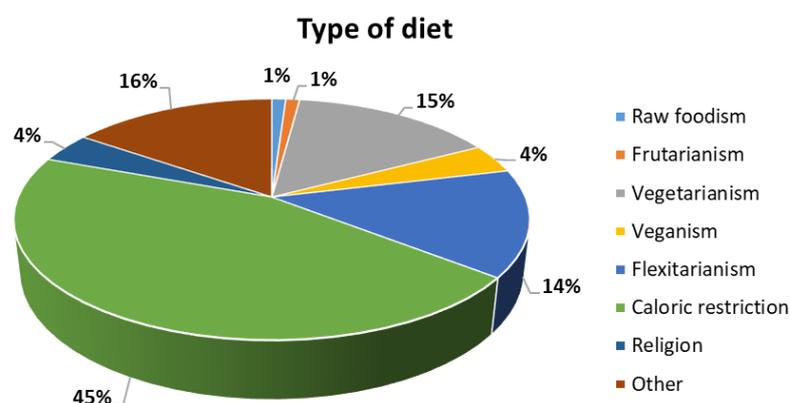


Figure 1 – Type of diet followed by the participants who admitted having a special diet regimen.



Vegetarianism, the second most expressive dietary pattern adopted by the participants, corresponds to a diet based on the consumption of plant foods. Its practice is based on rejecting eating any kind of animal, with or without the consumption of dairy products and eggs. Vegetarianism can be adopted for different reasons, one of the principal being respect for animal life. This type of diet has long gathered attention from nutritional science and philosophy, with a more recent approach devoted also to psychological aspects linked to eating behaviour (Rosenfeld, 2018). Vegetarianism may be adopted in all stages of life, including pregnancy or childhood. Nevertheless, it has some potential nutritional risks. Presently, the search for healthier feeding choices combined with an increased concern about ecology and sustainability, is rapidly increasing. Reducing the consumption of meat and meat-derived products, while at the same time choosing organic farming products is gaining supporters all over the world, with benefits for human health (Pistollato et al., 2015; Simões-Wüst et al., 2017).

Flexitarianism is a regimen that is more flexible as compared to vegetarianism, which highlights an increased intake of plant-based food, but without completely eliminating meat. Its main focus is on adding new foods to the diet as opposed to excluding any, which can be extremely beneficial for health. These plant-based foods include lentils, beans, peas, nuts and seeds, all excellent sources of protein. Many factors of different nature, biological, physiological, psychological and socio-cultural, are known to play a role in affecting food choices and should be considered in order to promote healthier plant based-diets (Clicerì et al., 2018; Köster, 2009).

2.3. Food choices towards sustainability and welfare

The items used to assess the food choices of the participants regarding sustainability aspects were: 1. I prefer foods with minimal packaging; 2. I prefer restaurants that recover food surplus; 3. I prefer food from my country; 4. When I cook I avoid food waste; 5. I prefer foods prepared/packed in a sustainable way. The items used to measure the concerns about human or animal welfare were: 1. I choose foods produced with respect for animal rights and 2. I choose foods produced with respect for Human rights. All these were measured in a 5-point scale, going from 1= totally disagree to 5 = totally agree.

Figure 2 shows that 66% of the participants prefer foods which comply with environmental friendly policies, either regarding the primary production and transformation but also the concerns about the package. Nevertheless, the number of participants who admitted choosing foods with minimal packaging was still low (26%). Presently, the use of resources is not in line with the goal of sustainability. Sustainable development of the food sector is a primary concern, and frequently reports on the media show the imminent threat that climate change poses to our society and ultimately survival of the diverse species on Earth, including Humans (Schmidt et al., 2013). The impact of climate change is foreseen as worrying and very pessimistic. Agricultural and food production, including animal breeding, accounts for a particularly high share of that negative impact, and for this also contributes the food consumption. Hence, consumer behaviours are key factors to achieve a sustainable food chain (Aschemann-Witzel et al., 2019). The results in Figure 2 also show that while a great majority avoids food waste at home (80%), the same concern about food waste is mitigated when it comes to the food surplus in restaurants, with only about 30% admitting to condition their choice of a restaurant based on its policy of food surplus. This indicates that possibly the concerns to avoid waste at home is more about the economic impact rather than the worries for sustainability. Nevertheless, it is observed that a growing number of environmentally conscious consumers are effectively trying to change their behaviour, although their contributions are still modest when it comes to the urgent global need (Alfredsson et al., 2018).

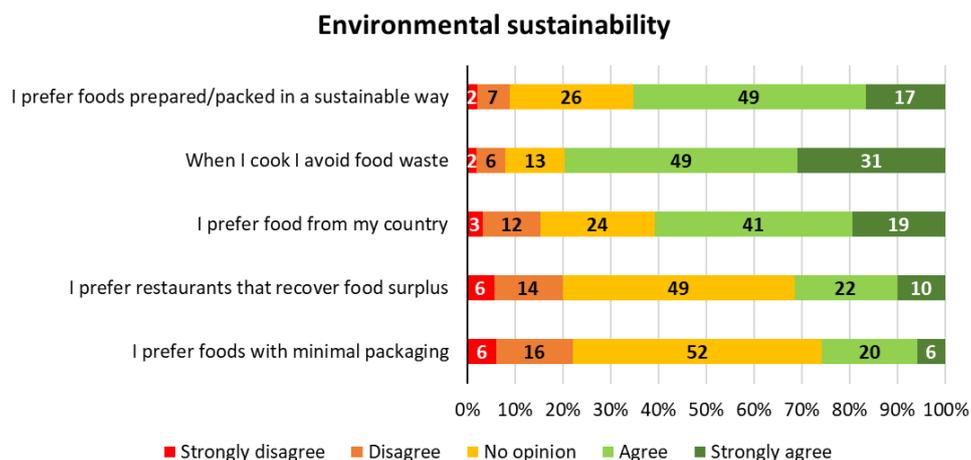


Figure 2 – Food choices related to environmental sustainability.

Packaging represents one of the highest environmental impacts in food productions, including the contributions of materials production, processing and disposal, most especially when it comes to plastics with an increasing long life (Licciardello, 2017). Nevertheless, this sector has evolved tremendously in the past years, with incredible advancement in the domain of biodegradable packaging materials, driven by the increasing demand for high-quality, safe food and by the growing concern towards environmental issues. The contribution of food packaging for the global sustainability of food production chains is therefore controversial (Licciardello, 2017). In the present study, it was observed that more than half of the participants (52%) did not express any opinion with regards to preference by foods with minimal packaging.

Figure 3 presents the results obtained when it comes to respect for Human and animal rights, and they show that while there is a very expressive concern about the animal rights (62%), when it comes to Human rights the percentage is way smaller (only 32%). Meat and animal products, like milk or eggs, are important components of people's diets and the livestock sector is pivotal to food systems, because it plays a major role in food safety and nutrition. In the domain of animal behaviour and welfare, six policy areas are highlighted: (1) Development of humane, sustainable food security strategies; (2) Promotion of humane, sustainable livestock systems; (3) Reduction of livestock reliance on human-edible arable crops, especially cereals; (4) Development of specific food and livestock policies to assist vulnerable sectors of the population; (5) Sustainable diets; and (6) Development of markets for humane, sustainable livestock production (Appleby and Mitchell, 2018). The consumers highly value animal welfare, as other sustainability issues like as organic, animal-friendly, healthy or local (Akaichi et al., 2019). Regarding the respect for Human rights, this has been a subject on top of priorities in many countries who are trying to implement fair trade. One of the most controversial areas is undoubtedly the cocoa plantations using child slavery. Fair trade endeavours to actively connect producers and consumers by creating a transnational moral economy, based on economic, political and psychological objectives. There has been a growing demand for marketing of fair trade foods, as required by consumers with moral standards. Nevertheless, much is still to accomplish on this domain (Goodman, 2004).

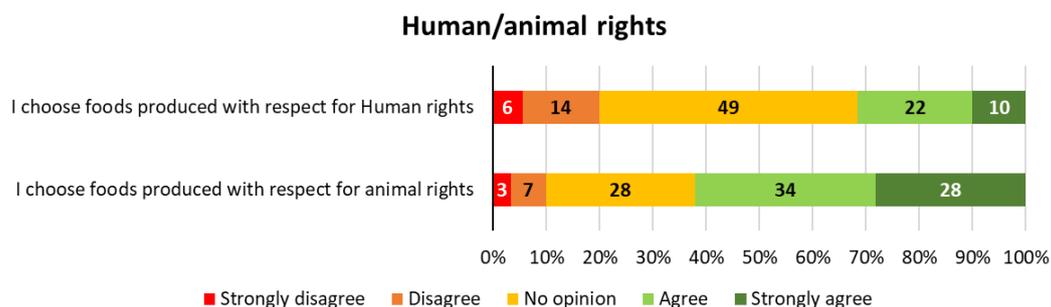


Figure 3 – Food choices related to respect for Human and animal rights.

2.4. Variables influencing food choices

From the obtained results, two other variables were created: FC-ES (Food choice compliance with environmental sustainability) and FC-HAR (Food choice compliance with Human and animal rights). The first was calculated as a mean value of the 5 items described earlier and the last as a mean of the corresponding items as well. Hence, each of these created variables also refers to the same 5-point scale, going from 1 (totally not compliant) to 5 (totally compliant), and in which the central point 3 corresponds to neutral. These two variables were tested for possible differences against different sociodemographic variables and also dietary patterns. Table 1 shows the results obtained for those statistical tests to variables FC-ES and FC-HAR. Highlighting the principal results, one can see that for most cases, the food choices were significantly different between groups, with exceptions for variable sex in both cases, i.e., FC-ES and FC-HAR, and also in the case of FC-HAR considering variable special diet. These results indicate that factors such as age, education, professional area, country and also dietary patterns influence how people opt to choose their food.

Regarding the food choice compliance with environmental sustainability (FC-ES), this is seen to increase with age, i.e., as people grow old they become more conscious of the sustainability issues and adapt their behaviour towards that goal. Also education was seen to positively influence people's food choices to better adapt sustainability, so that higher levels of education produce choices more compliant with a sustainable diet. The differences between countries indicate that Portuguese participants tended to more sustainable food choices while Lithuanian participants were those with the lowest concerns, with a mean value very much close to the middle point (3, corresponding to indifference). Regarding the influence of professional area, the highest values indicative of higher concerns with environment and sustainability were found for participants from agriculture and psychology areas. In the first it is somewhat expected, since farmers deal with the land directly and have to make choices themselves as to



use conventional or organic farming, for example. Regarding the type of diet, the highest values for FC-ES were found for people practising vegetarianism, followed by vegans and flexitarians.

Table 2 – Influence of sociodemographic and behavioural factors on food choice.

		Variable FC-ES		Variable FC-HAR	
		Mean	p-value	Mean	p-value
Age (Test: ANOVA)	Young adults: 18 ≤ years ≤ 30	3.36	0.000	3.35	0.000
	Average adults: 31 ≤ years ≤ 50	3.65		3.52	
	Senior adults: 51 ≤ years ≤ 65	3.77		3.56	
	Elderly: years ≥ 66	3.82		3.66	
Sex (Test: T for ind. samples)	Female	3.56	0.669	3.48	0.112
	Male	3.57		3.43	
Education level (Test: ANOVA)	Basic school	3.44	0.000	3.56	0.381
	Secondary school	3.50		3.45	
	University	3.60		3.47	
Country (Test: ANOVA)	Portugal	3.86	0.000	3.55	0.000
	Italy	3.58		3.75	
	Lithuania	3.08		3.25	
	Romania	3.38		3.28	
Professional area (Test: ANOVA)	Nutrition	3.43	0.000	3.44	0.000
	Food	3.35		3.47	
	Agriculture	3.59		3.64	
	Sport	3.35		3.34	
	Psychology	3.54		3.52	
	Health	3.40		3.31	
	Others	3.69		3.52	
Special Diet (Test: T for ind. samples)	Yes	3.49	0.001	3.44	0.324
	No	3.58		3.48	
Type of Diet (Test: ANOVA)	Raw foodism	3.28	0.000	3.25	0.000
	Frutarianism	3.23		3.19	
	Vegetarianism	3.80		3.56	
	Veganism	3.58		3.15	
	Flexitarianism	3.52		3.61	
	Caloric restriction	3.46		3.49	
	Religion	3.36		2.92	
	Other	3.30		3.23	

As for the food choice compliance with Human and animal rights (FC-HAR), the same trend observed previously for age was also found in this case, i.e., people tend to pay more attention to Human and animal rights as they grow older. Regarding the level of education, the results indicated that people with basic school were those more concerned with welfare. With respect to country, the participants from Italy were those with the highest value while the lowest was for Romania. Nevertheless, in all cases the values are over three, indicating that these issues do condition people’s food choices, even if in a limited extent. The results for the influence of professional area on the food choices are similar, with agriculture and psychology presenting higher values for both variables (FC-ES and FC-HAR). Finally, when it comes to the influence of the dietary pattern, surprisingly the results put in first place the flexitarians instead of the vegetarians or vegans, which is strange given that flexitarians do eat meat. Still, when the

necessary measures to ensure animal welfare during growing, transportation and death are followed, the resulting meat products are compliant with respect for animal rights.

CONCLUSIONS

This work showed that people tend to condition their food choices in view of contributing for a more sustainable food chain with respect for environment, humans and animals. The areas in which this behaviour is stronger include avoiding food waste at home, preference for local foods, sustainable food growing, preparation or packaging. The respect for animal rights is very important for a significant number of people, while in the case of Human rights still some awareness is needed to better influence people's choices. From the studied influential variables, the results of statistical tests indicated that age, education, country, professional area and type of diet all significantly influenced people's choices regarding the sustainability of the food chain.

ACKNOWLEDGEMENTS

This work was prepared in the ambit of the multinational project EATMOT from CI&DETS Research Centre (IPV - Viseu, Portugal) with reference PROJ/CI&DETS/CGD/0012, co-financed by Caixa Geral de Depósitos.

REFERENCES

- Akaichi, F., Glenk, K., & Revoredo-Giha, C. (2019). Could animal welfare claims and nutritional information boost the demand for organic meat? Evidence from non-hypothetical experimental auctions. *Journal of Cleaner Production* 207, 961–970.
- Alfredsson, E., Bengtsson, M., Brown, H.S., Isenhour, C., Lorek, S., Stevis, D., & Vergragt, P. (2018). Why achieving the Paris Agreement requires reduced overall consumption and production. *Sustainability: Science, Practice and Policy* 14, 1–5.
- Appleby, M.C., & Mitchell, L.A. (2018). Understanding human and other animal behaviour: Ethology, welfare and food policy. *Applied Animal Behaviour Science* 205, 126–131.
- Aschemann-Witzel, J., Ares, G., Thøgersen, J., & Monteleone, E. (2019). A sense of sustainability? – How sensory consumer science can contribute to sustainable development of the food sector. *Trends in Food Science & Technology* 90, 180–186.
- Bi, S., Wang, H., & Kuang, W. (2018). Stem cell rejuvenation and the role of autophagy in age retardation by caloric restriction: An update. *Mechanisms of Ageing and Development* 175, 46–54.
- CGIAR (2012). *How to Feed the World in 2050: Actions in a Changing Climate*. CGIAR Research Program on Climate Change, Agriculture and Food Security (CCAFS) (Consultative Group on International Agricultural Research).
- Cliceri, D., Spinelli, S., Dinnella, C., Prescott, J., a& Monteleone, E. (2018). The influence of psychological traits, beliefs and taste responsiveness on implicit attitudes toward plant- and animal-based dishes among vegetarians, flexitarians and omnivores. *Food Quality and Preference* 68, 276–291.
- Fabersani, E., Russo, M., Marquez, A., Abejón-Mukdsi, C., Medina, R., a& Gauffin-Cano, P. (2018). Modulation of intestinal microbiota and immunometabolic parameters by caloric restriction and lactic acid bacteria. *Food Research International*.
- FAO (2018). *SDG Indicator 12.3.1 - Global Food Losses* (Food and Agriculture Organization of the United Nations).
- Forni, M.F., Peggia, J., Braga, T.T., Chinchilla, J.E.O., Shinohara, J., Navas, C.A., Camara, N.O.S., & Kowaltowski, A.J. (2017). Caloric Restriction Promotes Structural and Metabolic Changes in the Skin. *Cell Reports* 20, 2678–2692.
- Garcia-Garcia, G., Woolley, E., & Rahimifard, S. (2015). A Framework for a More Efficient Approach to Food Waste Management. *International Journal of Food Engineering* 1, 65–72.
- Gil-Rojas, Y., Garzón, A., Hernández, F., Pacheco, B., González, D., Campos, J., Mosos, J.D., Barahona, J., Polania, M.J., Restrepo, P., et al. (2019). Burden of Disease Attributable to Obesity and Overweight in Colombia. *Value in Health Regional Issues* 20, 66–72.
- Godfray, H., & Garnett, T. (2014). Food security and sustainable intensification. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 369, 20120273.
- Goodman, M.K. (2004). Reading fair trade: political ecological imaginary and the moral economy of fair trade foods. *Political Geography* 23, 891–915.
- Hubeau, M., Marchand, F., Coteur, I., Mondelaers, K., Debruyne, L., & Van Huylenbroeck, G. (2017). A new agri-food systems sustainability approach to identify shared transformation pathways towards sustainability. *Ecological Economics* 131, 52–63.
- IME (2013). *Global Food: Waste Not, Want Not* (Institution of Mechanical Engineers).

- Köster, E.P. (2009). Diversity in the determinants of food choice: A psychological perspective. *Food Quality and Preference* 20, 70–82.
- Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., and König, H.-H. (2013). Economic costs of overweight and obesity. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* 27, 105–115.
- Licciardello, F. (2017). Packaging, blessing in disguise. Review on its diverse contribution to food sustainability. *Trends in Food Science & Technology* 65, 32–39.
- Lu, Y., Tao, F., Zhou, M.-T., and Tang, K.-F. (2019). The signaling pathways that mediate the anti-cancer effects of caloric restriction. *Pharmacological Research* 141, 512–520.
- Pistollato, F., Sumalla Cano, S., Elio, I., Masias Vergara, M., Giampieri, F., and Battino, M. (2015). Plant-Based and Plant-Rich Diet Patterns during Gestation: Beneficial Effects and Possible Shortcomings. *Adv Nutr* 6, 581–591.
- Rees, W., Tremma, O., and Manning, L. (2019). Sustainability cues on packaging: The influence of recognition on purchasing behavior. *Journal of Cleaner Production* 235, 841–853.
- Rhoads, T.W., Burhans, M.S., Chen, V.B., Hutchins, P.D., Rush, M.J.P., Clark, J.P., Stark, J.L., McIlwain, S.J., Eghbalnia, H.R., Pavelec, D.M., et al. (2018). Caloric Restriction Engages Hepatic RNA Processing Mechanisms in Rhesus Monkeys. *Cell Metabolism* 27, 677-688.e5.
- Rosenfeld, D.L. (2018). The psychology of vegetarianism: Recent advances and future directions. *Appetite* 131, 125–138.
- Schmidt, A., Ivanova, A., and Schäfer, M.S. (2013). Media attention for climate change around the world: A comparative analysis of newspaper coverage in 27 countries. *Global Environmental Change* 23, 1233–1248.
- Sharpe, R., and Barling, D. (2019). Interpretations of social sustainability in UK food policy: The pliable pillar. In *Advances in Food Security and Sustainability*, (Elsevier), p.
- Simões-Wüst, A.P., Moltó-Puigmartí, C., van Dongen, M.C., Dagnelie, P.C., and Thijs, C. (2017). Organic food consumption during pregnancy is associated with different consumer profiles, food patterns and intake: the KOALA Birth Cohort Study. *Public Health Nutr* 20, 2134–2144.
- Thamagasorn, M., and Pharino, C. (2019). An analysis of food waste from a flight catering business for sustainable food waste management: A case study of halal food production process. *Journal of Cleaner Production* 228, 845–855.
- WB (2012). “What a Waste” Report Shows Alarming Rise in Amount, Costs of Garbage (The World Bank).
- Yao, M., Zhao, Z., Wei, L., Zhou, D., Xue, Z., and Ge, S. (2019). HSF1/HSP pathway in the hippocampus is involved in SIRT1-mediated caloric restriction-induced neuroprotection after surgery in aged mice. *Experimental Gerontology* 119, 184–192.

EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT

EDUCACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

O RECREIO: A ORGANIZAÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS PARA OUTRAS APRENDIZAGENS	47
RECREATION: THE ORGANIZATION OF OTHER SPACES FOR OTHER LEARNINGS	47
RECREACIÓN: ORGANIZAR NUEVOS ENTORNOS PARA PERMITIR NUEVAS EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE	47
STRESSE EM PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR: PERSPETIVA HOLÍSTICA	57
STRESS IN HIGHER EDUCATION TEACHERS: A HOLISTIC PERSPECTIVE	57
ESTRÉS EN PROFESORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA	57
NARRATIVAS SOBRE VIVÊNCIAS E REFLEXÕES EM TORNO DA HOMOPARENTALIDADE: UM ESTUDO PORTUGUÊS	65
NARRATIVES ABOUT EXPERIENCES AND REFLECTIONS AROUND SAME-SEX PARENTING: A PORTUGUESE STUDY	65
NARRATIVAS SOBRE EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA HOMOPARENTALIDAD: UN ESTUDIO PORTUGUÊS	65
A TABLOIDIZAÇÃO NOS JORNAIS DIÁRIOS GENERALISTAS PORTUGUESES	75
TABLOIDIZATION IN THE PORTUGUESE GENERALIST DAILY NEWSPAPERS	75
LA TABLOIDIZACIÓN EM DIARIOS PORTUGUESES GENERALISTAS	75
DESAFIOS DA DESINFORMAÇÃO E DAS FAKE NEWS: ESTUDO DE CASO COM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	85
CHALLENGES OF MISINFORMATION AND FAKE NEWS: A CASE STUDY WITH HIGHER EDUCATION STUDENTS	85
DESAFÍOS DE LA DESINFORMACIÓN Y DAS NOTICIAS FALSAS: ESTUDIO DE CASO CON ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR	85
EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COM CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	95
EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN SANITARIA CON USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	95
HEALTH EDUCATION EXPERIENCES WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USERS	95
A EDUCAÇÃO INCLUSIVA NA FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	101
INCLUSIVE EDUCATION IN THE TRAINING OF SOCIAL WORKERS	101
EDUCACIÓN INCLUSIVA EN LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES SOCIALES	101
AS FACES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA	107
THE FACES OF HEALTH INTEGRALITY IN UNDERGRADUATE PHYSIOTHERAPY COURSES	107
LOS ROSTROS DE LA INTEGRALIDADE EM SALUD EM LOS CURSOS DE FISIOTERAPIA GRADO	107

Millenium, (ed espec nº5), 47-56.



O RECREIO: A ORGANIZAÇÃO DE OUTROS ESPAÇOS PARA OUTRAS APRENDIZAGENS
RECREATION: THE ORGANIZATION OF OTHER SPACES FOR OTHER LEARNINGS
RECREACIÓN: ORGANIZAR NUEVOS ENTORNOS PARA PERMITIR NUEVAS EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE

*Paulo Eira*¹
*António Manuel Azevedo*¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior Escola Superior de Educação, Viseu, Portugal

Paulo Eira - peira@esev.ipv.pt | António Manuel Azevedo - toazevedo@esev.ipv.pt



Corresponding Author

António Manuel Azevedo
Escola Superior de Educação de Viseu
Rua Maximiano Aragão
3504 - 501 Viseu - Portugal
toazevedo@esev.ipv.pt

RECEIVED: 12th November 2019

ACCEPTED: 27th April 2020

RESUMO

Introdução: O brincar está profundamente ligado à aprendizagem, principalmente nos primeiros anos de vida da criança. Através dos brinquedos e das brincadeiras, a criança descobre e explora o mundo que a rodeia. O jogo assume uma componente pedagógica fundamental, uma forma inata de aprender, permitindo à criança desenvolver a sua capacidade de experimentar e apropriar-se do que a rodeia, de forma simples e, por conseguinte, tão formadora.

Objetivos: Construímos o corpus deste estudo, cujos objetivos foram: (i) conhecer as perspetivas dos participantes sobre o lúdico e o recreio escolar nas aprendizagens das crianças do 1.º CEB; (ii) identificar as atividades preferenciais das crianças nos tempos de recreio; (iii) perceber como as escolas concebem os espaços de recreio.

Método: O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista individual semiestruturada, organizada a partir de um conjunto de dezasseis questões efetuadas a professores do 1.º CEB de dois agrupamentos distintos do distrito de Viseu. Participaram do estudo seis professores com experiência profissional, situada entre 10 e 30 anos, no Ensino Primário. Posteriormente, procedeu-se à análise de conteúdo para tratamento dos dados, desenvolvida em três fases.

Resultados: A perceção dos participantes revela que brincar está fortemente associado a aprender, sendo que a criança descobre o seu papel na sociedade e no mundo enquanto se envolve em diferentes atividades e brincadeiras. O recreio é um espaço privilegiado e um dos mais valorizados pela criança, na medida em que oferece oportunidades de alegria e prazer social. Constitui um contexto no qual a socialização assume extrema importância, quer através da interação entre pares, quer da interação que a criança estabelece e desenvolve com os adultos responsáveis por ela.

Conclusões: O recreio e os momentos de brincadeira beneficiam a criança e arcam um papel decisivo no seu desenvolvimento global. No contexto específico do nosso estudo, os professores reconhecem esta importância e fazem uso do espaço exterior para implementar atividades para as suas classes, especialmente as que envolvem contacto com a natureza, de modo a facilitar as aprendizagens das suas crianças. Atualmente, o peso e relevância de tais atividades têm vindo a ser gradualmente reconhecidos pelos especialistas.

Palavras chave: criança; tempo livre; brincar; recreio e aprendizagem

ABSTRACT

Introduction: Play is strongly related to learning, especially during the early years of a child's life and evidence shows that the child discovers and explores the world that surrounds him as he uses his toys and takes part in different types of games. Play assumes then a fundamental pedagogical function and represents an innate way of learning that allow children to develop their own ability to explore and master their surroundings in such a simple and formative way.

Objectives: We designed the corpus of the study that included the following objectives: (i) to learn more about the participants' perspectives on the role played by playful activities and school recess in the learning of primary education children; (ii) to identify the activities that children enjoy the most during recess; (iii) to understand how schools conceive their recreational spaces and facilities.

Methods: The research instrument of choice was the semi-structured individual interview. This instrument was based on a set of sixteen questions given to primary school teachers who were teaching in two school groupings located in the district of Viseu. The target population of our study is composed of six primary school teachers whose career span ranges between 10 and 30 years of professional activity in this particular educational stage. A three phase content analysis was then carried out to process the amount of data obtained.

Results: The participants realize that playing is strongly connected to learning and that the child discovers the role he will play in the world as he engages in different playful activities. School recess is one of the children's favourite school settings as it offers them moments of joy and social pleasure. This is a place where socialization takes on great significance, both through peer-to-peer interaction and through the interaction that the children will develop with the adults who are responsible for them.

Conclusions: Recess and playful moments benefit all children and will play a decisive role in their overall development. In this case, teachers claim to know the children's favourite free time activities and use outdoors space to implement some activities for some of their classes, especially when it involves experiences in which contact with nature will facilitate the students' learning. The importance of such activities seems to be gaining more and more recognition among experts.

Keywords: child; free time; play; school recess and learning

RESUMEN

Introducción: Jugar está profundamente relacionado con el aprendizaje, especialmente en los primeros años de la vida de un niño y la evidencia muestra que el niño descubre y explora el mundo que lo rodea mientras usa sus juguetes y participa en diferentes tipos de juegos. El juego adquiere un componente pedagógico fundamental, una forma innata de aprendizaje, que le



permite al niño desarrollar su capacidad de experimentar y apropiarse de lo que lo rodea, de una manera simple y, por lo tanto, tan formativa.

Objetivos: diseñamos el corpus del estudio, cuyos objetivos fueron: (i) conocer las perspectivas de los participantes sobre la diversión y el recreo escolar en el aprendizaje de los niños de educación primaria; (ii) identificar las actividades preferidas de los niños durante los momentos de recreación; (iii) comprender cómo las escuelas conciben sus espacios e instalaciones recreativas.

Método: El instrumento de investigación elegido fue la entrevista individual semiestructurada. Este instrumento se basó en un conjunto de dieciséis preguntas dadas a maestros de primaria que enseñaban en dos grupos escolares ubicados en el distrito de Viseu. La población objetivo de nuestro estudio está compuesta por seis maestros de primaria cuya carrera abarca entre 10 y 30 años de actividad profesional en esta etapa educativa en particular. Luego se realizó un análisis de contenido trifásico para procesar la cantidad de datos obtenidos.

Resultados: Los participantes se dan cuenta de que jugar está fuertemente conectado con el aprendizaje y que el niño descubre el papel que jugará en la sociedad y en el mundo al participar en diferentes actividades lúdicas. El recreo escolar es uno de los entornos escolares privilegiados y uno de los más valorados por los niños, ya que les ofrece momentos de alegría y placer social. Este es un lugar donde la socialización adquiere una gran importancia, tanto a través de la interacción entre pares como a través de la interacción que los niños desarrollarán con los adultos responsables de ellos.

Conclusiones: El recreo y los momentos lúdicos benefician a todos los niños y desempeñarán un papel decisivo en su desarrollo general. En el contexto específico de nuestro estudio, los maestros reconocen esta importancia y hacen uso del espacio al aire libre para implementar actividades para sus clases, especialmente aquellas que involucran contacto con la naturaleza, para facilitar el aprendizaje de sus niños. Actualmente, el peso y la relevancia de tales actividades han sido gradualmente reconocidos por especialistas.

Palabras clave: niño, tiempo libre, juego, recreo escolar y aprendizaje

INTRODUCTION

Self-education- creative moments of learning and discovery

Play time is closely related to the concept of leisure. This concept can obviously assume different values or meanings depending on the countries of origin, their distinctive cultures and on the customs or traditions of the place. Every human being wishes to use his free time to break free from his nine-to-five work routine. Free time becomes consequently the central interest in many people's lives, especially when they believe that these moments play a key role in the children's education and life.

Due to its voluntary and autonomous nature, leisure activities are considered to be a fundamental factor in the quality of life and of the lifestyle of each and every one of us and especially of children and young people. Leisure is thus connected to personal activities and is a complement to the personal realization of each and every individual (Eira, 2014).

The important role it plays in the lives of children and young people helps them question their actions and decisions and help them manage their routines and value habits and behaviors connected to personal and social well-being. It will also help reveal cases of social isolation or leisure habits that may come to endanger someone's life or individual freedom. That's why schools and families will have to pay closer attention to the kind of leisure activities in which their young people take part, as well as to the people they hang out with and to any factor that may have an impact on their development (Eira, 2014).

Consequently, leisure time seems to be as important as the pursuit of pleasure and well-being or as the promotion of personal, social and cultural skills (Matos & Sampaio, 2009).

School has had to face and overcome a few problems to become more attractive and meet the needs of its children. Schools also have to remember that hours and hours of their students' time are spent in a different kind of training, the so-called self-education or self-training, so the activities provided by the institutions have to go way beyond a set of tasks organized by adults. School is a place of life, with a wide multiplicity of meanings, a space where identities, expectations and aspirations are shaped (Vieira, 2016).

Therefore, what the students learn while they are having fun in recess is of great importance since a significant part of the learning contents is acquired voluntarily by children and young people in the free time activities in which they engage individually or collectively (Herrero, 1995).

Bearing these aspects in mind, school has to accept that free time is an educational process in itself. School will then have to provide its students with the right knowledge and opportunities so that they can live and coexist and will thereby help give meaning to their lives. Today, these goals cannot be achieved when school focus is set on "education for work" alone. Instead, school should place the same importance on "Education for leisure" as well.

In this regard, Ferland (2016) states that man is a playful animal, the most playful of all animals, and that through playfulness we have the chance to combine reason and emotion, knowledge and dreams. On the other hand, playfulness also allows people to accomplish a certain sense of purification and distraction. It provides individuals with a sense of rest, relief and fun, because of its ability to mend people's fatigue and restore emotional balance and because it adds great pleasure to the child's well-being. That way, the main purpose of education for leisure is to train individuals so they can live their lives in a positive way, creating healthy habits in children that will undoubtedly have an impact on their adult life and will last forever (Garcia, 2003).

This idea is reinforced by Chapter I, Article 3, paragraph f of the Lei de Bases do Sistema Educativo (the Portuguese National Law on Education) which states that one of the country's strategic priorities is to contribute to the social realization of its citizens and that such achievement will only be possible if these people are provided not only with the right training to be socially and professionally active members of society, but also to be capable of learning how to make a creative use of their leisure time.

This paragraph states that the education system should play a key role in the development of leisure time and highlights the need for a type of education that will foster not only the learning practice, but also the stimulation of creativity and the development of individual and group identities, in an atmosphere that promotes affective bonds, where the child might feel confident and in which he will be able to build a learning based on the richness of all his experiences and on all the different environments he will come to know (Formosinho, 2013).

In this study, we analyzed the leisure moments that children have at school according to three dimensions: the teachers' opinions on free play during recess; their opinions on how leisure areas should be organized in their schools; and the identification of the children's favourite recess activities.

Play – the child's main activity

Do people realize how important play is in the construction of the individual's personal development? Daniel Sampaio (1993) mentions that at this junction of the child's life, he has to deal with two development tasks; on the one hand, autonomy, and on the other, the construction of his own identity. As they play, children are mastering a set of concepts that enable them to give meaning to the world and that will play a decisive role, as acknowledged by teachers, in the process of learning different types of knowledge (Ministry of Education, 2016; Formosinho, 2013).

All the child does is play (Azevedo, Kooij, & Neto, 2003) and he has the opportunity to express what he is feeling. Through play and make-believe, the child builds his imaginary world based on lived experiences and acquires knowledge related to the experiences of others.

For the child, play is the most complete activity there is: it represents a place where multiple intelligences intersect as well as a crucial source of educational resources. The child appropriates play to build his own personal learning and explore his functional abilities. He seeks playfulness to grow up, to break free from tensions and conflicts, because it is during play that he explores new situations using his imagination and his creative self, fulfilling his innermost desires and making his own true choices (Sargento, Ferreira & Madeira, 2017; Ferland, 2016; Vieira, 2011; Pereira, 2008; Leite, 2003; Gallahue, 2002).

In that sense, a more flexible and playful pedagogical organization gives personal, social and cultural identities greater openness and responsibility; it allows the child to exercise his right to pleasure and free satisfaction while learning; and enables education to be an effective open door to culture, creating an environment that encourages the creative process of learning and discovery that will enable children to express their imagination. All those enriching experiences provided by such environment will ultimately help shape a kind of space that will be truly be educational (Fonseca, 2012; Kickbusch, 2012; Formosinho, 2011; Barros, 2010; Strecht, 2008; Marcellino, 2006; Siraj-Blatchford, 2007).

In fact, children have the opportunity to structure their body scheme, develop their creative imagination as they look for and find solutions and as they explore different worlds. They will also develop their relationship with space and time, expand their use of different perceptual systems and perceptual complementarity and also develop their affectivity. These experiences will trigger a wide range of emotions that will forever be part of their memories (Ministry of Education, 2016; Cordovil & Barreiros, 2014; Strecht, 2011).

This sort of experience helps promote actions that are meant to give children the chance to spend their free time creatively and autonomously. And this is what play should really be, a regular and spontaneous manifestation of the children's behavior and a natural attitude that is instrumental to their development (Pessanha, 2003; Mendo, 2000).

While they are playing, children learn to cope with their frustrations because they will have to deal with defeat as well as with victory. This experience is a natural part of their individual growth. It makes them emotionally stronger and strengthens the ties they develop with others.

In this case, those environments become more and more important as the child needs to share collective moments to satisfy his desire to play. He will gradually learn to cooperate and discover the concept of team work. This ability to act cooperatively with others in order to achieve certain goals and the shared knowledge he acquires along the way give him a huge variety of pleasant feelings (Damasio, 2017).

That way, children will be capable of, through the learning process they have developed in diverse environments, making wise and informed decisions that will support everything they do, whether in their personal lives, or in their relationships, and every

decision they will have to make concerning others or their surrounding environment (Kickbuch, 2012). As such, play and playful games give the individual, and especially children, the freedom to express their inner motivations and the need to explore their physical, social and cultural engagement without any kind of constraint (Neto, 2003).

Play, as a natural activity, assumes special importance in children's lives because of its formative and playful character. Play is a recreation of human life, a symbolic and imaginary transformation of reality in which children freely choose a topic, a script, the materials, the context, and the results, in order to interpret, assimilate, adapt more easily to the world in which they live and accept reality (Fonseca, 2012; Niza, 2012; Pereira & Carvalho, 2008; Wiertsema, 2006; Kooij, 2003; Peñalba, 2001, Guedes, 1997).

That way, play can promote a high number of emotional and functional experiences, because it is basically a bonding moment of extreme importance for the child.

Damasio (2017) states that school recess, fun, playful games, body movement and everything else we can invent and experience in those spaces are behavioral aspects he calls "*play*" and that represent cornerstones of development, cultural transmission and of the evolution of human life.

The child, while performing his playful activities, has fun, investigates, creates, and evolves. Playing and engaging in games, the child grows up, integrates and develops, discovers the world, discovers the people around him, discovers himself and is recognized by others.

Play is thus an instrument that will help the child shape his personality, which will in turn help him cope with anxiety, understand what is real and communicate with others, because of its playful and therefore universal character and because of its socializing and, at the same time, individual nature that is crucial to achieve the integral education of the human being (Eira, 2014)

School recess – a space for further learning

School recess is a learning space between school teaching activities that can take place outside or indoors. Those are spaces where children can build a world of their own from all their lived experiences and create physical environments where they can express all their feelings. There, children are always running around, as if their energy source were inexhaustible. Children will have the chance to explore free play which will increase their imagination and their creative capacity, give them the opportunity to organize their own games, to create their own rules and to master the right skills to solve problems in interaction with their peers (Eira, 2014; Ramstetter, Murray & Garner, 2010; Marques, 2010; Barros, Silver & Stein, 2009; Smith, 2003; Neto, 2003).

Therefore, school recess is a fundamental space for children's physical, cognitive, social, and affective development (Ramstetter, Murray & Garner, 2010; National Association for Sport and Physical Education, 2006; Council on Physical Education for Children, 2001; National Association for the Education of Young Children, 1998).

Recess allows for a great diversity of learning opportunities. On the other hand, being a space with different characteristics and potentialities, it also gives children a sense of freedom that they can't have inside the classroom. Relationships are more spontaneous and children find it much easier to express their feelings.

Recess time/space becomes very important in the children's school life as well as in their daily lives. When people speak about school, they should not focus solely on the organized space that is meant for teaching activities, but also give due credit to the whole school environment.

All this means that schools will need better material conditions and human resources, conditions that will be implemented in all its physical spaces so it may meet the children's needs. Most of the time, school playgrounds do not have the right equipment, materials, environmental quality and supervision (Pereira & Pereira, 2012; Marques, Neto & Pereira, 2001).

School playgrounds should, more than ever, be considered areas where children can play and learn as well (Pereira & Carvalho, 2008). Therefore, there should be more and more play and recreational areas where children will be able to choose their toys and play freely. Additionally, more free spaces (natural areas) will have to be made available so that the child may have the opportunity to play freely and to interact with all the natural elements.

One of the main problems that should be considered when promoting children's physical activity is the (im)possibility of engaging in spontaneous practice. This factor is particularly relevant during school recess or other free time moments and is usually associated with parks or public leisure areas (Mota, 2001).

Today we are well aware that children have lost their interest in physical activities and that computers and television are now children and teenagers' favourite occupation. This fact is evident during recess as well.

For recess to be a space for a self-education of excellence, people have to be familiar with the child's age, his physical and mental characteristics, and have to understand his interests.

In order to organise the recess area certain basic characteristics must be taken into account: (i) its physical characteristics that have to do with the space and the moments in which recess will take place. As far as the physical space is concerned, one must take into account the type of terrain and the type of fencing used to limit access to the area, all the elements that are attached to any moving object or structure and the new elements that can be incorporated. This sort of information has to be constantly reassessed and updated. As for the time, we must take into consideration the weather characteristics and variations as well as

their period of influence; (ii) the technical characteristics that have to do with the development of playgrounds, with their participants and with the operating regulations. Therefore, focus should be placed on the number of children and on the existing area, on the number of supervisors, on the age-groups involved, the rules, those who are responsible for the equipment and for the supervision, among other factors; and (iii) the educational objectives that focus on the global development of the children's skills (Eira, 2014).

1. METHODS

This is qualitative or interpretative research study based on the assumption that events have to be studied in their natural settings, i.e., where they actually take place, and that the understanding of such those events depends on whether or not we are capable of understanding the perception and interpretation of the people who take part in said events. Emphasis will be placed on the meanings, experiences, practices and points of view (Tuckman, 2012; Mertens, 1998; Cresweel, 1998; Guba, 1990).

The research instruments used were semi-structured individual interviews that included sixteen questions asked to six primary teachers from two school groupings located in the district of Viseu. The questions were organized according to three dimensions: their opinion's on free recess activities, the design of the recess area and the recreational activities and practices.

This data collection method allows for a greater number of spontaneous answers. Participants didn't have to follow a pre-established model of questioning and we could figure out, from the teacher's interventions and opinions, the importance they attach to playful activities performed in a recreational space. This method made it easier to understand how the participants feel about certain phenomena that are part of their professional lives and in which they are directly involved (Quivy & Campenhoudt, 2008; Ruquoy, 2005; Silverman, 2000; Bogdan & Biklen, 1994).

The definition of the studied group had to meet certain criteria. Our aim was to identify and understand how social, cultural and political relations are organized in society. Therefore, the number of surveyed is rather small because the researcher wanted to make sure he knew the object of study as well as possible. In this particular case, the matter of representativeness, in the statistical sense of the term, is not an issue.

As for data processing, content analysis was conducted as soon as the collection, analysis and transcription of the formal documents and of the participants' answers were concluded. This procedure followed three different phases (Bardin, 2009): (i) the pre-analysis stage represents the organisational phase. It usually starts with the researcher's first contact with the documents and the preparation of the material for further analysis. Before the analysis itself, the material collected (corpus) must be prepared. This stage involves a formal preparation; (ii) exploration of the material: this stage aims at managing the decisions made during pre-analysis. Fundamentally, it involves the encoding phase that includes the following steps: the choice of the recording units; the enumeration (the choice of the counting rules) and the classification (the choice of the categories) (iii) data processing, inference and interpretation of the results of the interviews to ensure their validity and meaningfulness. We tried to keep the descriptive dimension of what was told but we also took into consideration the interpretative dimension that reflects the doubts and questions of those who are responsible for analysing any research subject. (Guerra, 2006)

2. RESULTS AND DISCUSSION

As highlighted by the 2016 OCEPE (Curricular Guidelines for Basic Education), school recess is a privileged space for children to create spontaneous activities. The teacher, or any adult who is responsible for the supervision of this recreational area, must remain vigilant and observe, interact or mediate whenever deemed necessary.

Free time activities performed at school have had a consistent impact on the improvement of the students' learning, on their school results and on their school choices (Eira, 2014).

Based on the interpretative analysis of the answers provided by the teachers that were part of the study group, we can infer that the free activities that take place in the playground are important, since this is where children can break free from the pressure caused by their classroom activities. One of the participants states that: "... many children in the classroom are often quiet and shy, but during recess they are capable of freeing themselves from the pressure imposed by the different school subjects; according to some teachers, the best way to assess their students is paying attention to the performances and behaviours they adopt in those recreational spaces".

This perception is in agreement with the position of Hohmann and Weikart (1997) who mentioned that the time dedicated to playful activities outside allows children to express themselves and to exercise in ways that are not usually authorized in indoor games or in the classroom. When they are engaged in active learning contexts, children are in constant movement, but in the playground their games are much more invigorating and noisy.

Hence, playful activities, and any logically related methodology, are seen by teachers as a very useful tool to develop the child's learning they often use in their classrooms, especially when they teach younger children or when they plan activities of a more exploratory and experimental nature in which students are encouraged to face situations where they are asked to read the world and act intentionally on it, in a more facilitating and meaningful way (Sergeant, Ferreira & Madeira, 2017).

The surveyed teachers attach great importance to school recess, since it is a key element to really get to know their students better. Recess allows children to reveal a wide range of potentialities they would hardly manifest in a classroom

Thus, the way recess is supervised by teachers is of utmost importance, "because children reveal their true self in the playground; there we can truly grasp the kind of relationships that bind them together, the leaderships, the interactions and the way conflicts are managed".

Marques (2001) states that playgrounds and other self-education spaces allow teachers to know who their students really are, since their behaviour in class does not necessarily coincide with the way they act when they are placed in these environments. School and its recreational areas (when they do exist) become places par excellence for children to exercise freely and to promote affective and emotional relationships.

This idea was supported by six of the teachers who took part in the study when they declare that "when they play in the playground, children can experience many things, get to know each other, create bonds, solve conflicts, make discoveries, develop creativity, imagination, cooperation, team spirit and individual responsibility and learn from their mistakes. All these skills are fundamental for their social life".

In fact, Lopes *et al.* (2006) argue that recess will have a positive impact on the child's social, emotional, physical and cognitive development.

However, all the teachers interviewed mentioned that it is not always possible to use playfulness in the children's educational process. Some of them claimed that the school curricula are too ambitious and too long for them to use such strategy and some others blame the lack of adequate materials and facilities.

On the other hand, all the teachers agree that they should use a lot more games and playful activities in their classrooms, because the use of such methodology would allow them to know much more about their students and to understand their difficulties and to find the right strategies to help them overcome their problems.

In Hohmann & Weikart's opinion (1997), in the playground children have the kind of freedom they don't have in the classroom, "therefore they act spontaneously and will have endless opportunities to express themselves as they engage in cooperative and creative games, in fighting games and as they figure out how to solve the conflicts they have created".

Teachers considered that during recess children have to be involved in playful activities that may bring them enjoyment and satisfaction.

School is an educational organization par excellence and therefore its primary concern should always be its students' lifelong education process that will be achieved as they run into different experiences and different contexts. That way, what everyone expects is a school where each and every student may be given the opportunity to develop the widest range of skills and competences that are essential for their global education.

Hence, school must be able to conceive an educational project that takes into account not only the curricular subjects, but also the so-called non-curricular areas and be aware of the importance played by the students' own background in which particular relevance is given to positive personal and social education (Eira, 2014; Leite, 2003).

Bearing all these assumptions in mind, each and every teacher stated that "in our schools we need experts with the right training to supervise the activities that take place in the school recreational areas; in their opinion, children need "more breaks between classes, I think the time students spend in the classroom is too long". Actually, recess time is way too short. Sá (2014) argues that in order to improve school performance, schools have to improve and expand the amount of time allocated to recess or other recreational periods. Other authors such as (Damásio, 2017; Cruz, 2013; Ramstetter *et al.*, 2010; Neto, 2008) highlight the importance of school recess. In their opinion, it is during these playful moments that children acquire multiple types of knowledge. All those considerations and all the references collected make us wonder whether or not a 30-minute break between classes is enough for children to eat their lunch and play.

When we asked the participants if, in their opinion, the resources available in their schools were suitable enough for children to enjoy recess as much as possible, the answers were all very much alike: they all declared that their schools do not have enough materials or recreational areas, nor are they capable of providing the suitable care children would need to develop their free time activities. As Neto (2008) states, playground is the most valuable space in schools, but it is also the most mistreated and the poorest, since it is the last area to get the funding it needs. The teachers that took part in our study also share this idea. The following excerpt clearly supports such position: "the spaces may be large in size, but they are poorly equipped and unattractive. What do we see when we look at most of the playgrounds? Arid areas with nothing but dirt! We can't even find a sole pebble children could use in their games"

Another concern raised by teachers is that when it rains, children have no indoors area where they can play. All they have is a closed room where they will spend their precious time playing games they have already played and that do not motivate them anymore. As we can see from the different answers given, this is really a matter of concern for teachers: "my school has two sheds that are unable to protect the students from the rain, so on a rainy day they can't even play under those sheds, they have to be kept in a closed room. When it's raining, there should be some indoors areas where they could play different kinds of games and release their energy".

Common knowledge tells us that the supervision of school playgrounds in pre-school and primary education institutions should be carried out by educators and by teachers with the support of the school operations assistants (Legislative Order 4-A/2016, of June 16th in its article 6, no. 4). When they were asked to give their opinion on that matter, the teachers' answers diverged considerably and some sort of discomfort was evident in some of them. They claimed that when the teachers' timetables are drafted, the amount of time needed for the monitoring and surveillance of primary students' activities that take place during the breaks is taken into account.

One of the teachers stated that "in our school the supervision of the playgrounds is carried out by the operations assistants and by the teachers on a rotating basis". Teachers from other schools reported that the surveillance is carried out exclusively by the operations assistants.

The children's recreational activities and practices and the way they spend their free time during recess changes from age-group to age-group and according to their interests and their social backgrounds. That way, the offers provided by society strongly influence the children and young people's decisions when time comes for them to choose their free time practices. Hence, the children's favourite recreational activities reflect their personal interests, but depend also on the local and school offers (Sergeant, Ferreira & Madeira, 2017).

The games and the toys available should be diversified and suitable for the children's levels and characteristics. Each child is a unique human being, with his own unique potential. Therefore, each one of them will react differently to playful activities and will reveal different interests.

In their answers, the teachers claim to know the kind of games and activities their students enjoy the most. "Football is the boy's favourite activity; girls prefer rope skipping, jumpsies and doing somersaults. They also often play statues or tag game, they run and wander freely around the playground".

Teachers also said that " girls talk to each other, run after each other, some bring toys from home and then sit right over there and play with the toys they bring. Boys love playing ball above all else. They try to recreate the games we teach them in the playground later".

Other answers showed that, in a different school, girls' favourite activities were rope skipping, playing jumpsies and hide and seek, while boys' favourite games were football and cops and robbers. Always in small groups, girls prefer interaction games, while boys prefer competition games. This preference is in accordance with the study conducted by Neto and Marques (2004), that showed that football games and contact and agility games were the boys' favourite kind of games, while girls' favourite activities were playing games like tag, hide and seek and other sensory games.

Ecker (1993) states that some studies related to motor activity conclude that boys are more active and usually engage in activities that require global strength and movement, while girls are more agile in activities that require coordinative abilities and fine motor skills.

The same authors state that, during school recess, children get together according to their age, gender and to the type of games they choose. They also affirm that older children are those who get to choose the best playground area and that boys have more power of choice than girls.

CONCLUSIONS

Recess and playful moments benefit all children and will play a decisive role in their overall development. In this case, teachers claim to know the children's favourite free time activities and use outdoors space to implement some activities for some of their classes, especially when it involves experiences in which contact with nature will facilitate the students' learning. The importance of such activities seems to be gaining more and more recognition among experts. Playful activities and games can thus be used in the classroom as a major teaching resource. Similarly, playfulness and games help children share ideas and establish interpersonal relationships because they will help improve a wide range of skills and competences that will play an essential role in the child's cognitive and social development.

Through playfulness and through the games he plays the child tries to establish new friendships. Playful activities and child's games are clearly associated with positive emotions and with the concepts of personal fulfillment and self-worth. The child does not only play with his toys, he plays with his body in a constant confrontation with nature, with risk and with adventure.

Since the child builds his world based on his experiences, his learning environment must include the lived spaces, the child's spaces and their respective practices. However, further studies and additional evidence are necessary to conduct a more thorough analysis of those practices

REFERENCES

Azevedo, N., Kooij, R., & Neto, C. (2003). Brincar: O que pensam os educadores de Infância In C. Neto, *Jogo & Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: Edição FMH, 99-117.

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. (5ª ed.) Lisboa: Edições 70.
- Barros, R., Silver, E., & Stein, R. (2009). School recess and group classroom Behavior. *Pediatrics*, 123(2), 431-436.
- Barros, N. (2010). *Violência nas Escolas. Bullying*. Lisboa: Bertrand Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- COPEC. (2001). *Recess in elementary schools. A Position Paper from the National Association For Sport and Physical Education*.
- Cordovil, R., & Barreiros, J. (2014). *Desenvolvimento Motor na Infância*. Lisboa: Edição FMH.
- Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five designs*. CA: Sage.
- Cruz, I. (2013). Potencialidades e utilização do espaço de recreio: um estudo desenvolvido em escolas do 1.º ciclo do ensino básico. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Lisboa
- Damáσιο, A. (2017). *A estranha ordem das coisas. A vida, os sentimentos e as culturas humanas*. Lisboa: Temas e Debates.
- Despacho normativo n.º 4-A/2016. Diário da República, 2.ª série — N.º 114 — 16 de junho de 2016, 6, 4.
- Eckert, M. (1993). *Desenvolvimento Motor*. (3.ª ed.). São Paulo: Manole.
- Eira, P. (2014). *A escola, a família e os contextos na formação para o lazer*. (PhD). Faculdade de Desporto – Universidade do Porto, Portugal.
- Ferland, F. (2016). *Vamos Brincar? Na infância e ao longo da vida. Crescer e viver*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Formosinho, J. (2013). *Modelos Curriculares para a Educação de Infância. Construindo uma práxis de participação*. Porto: Porto Editora.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora. Estudo de caso, da caracterização à intervenção*. (6ª ed.) Lisboa: Âncora Editora.
- Formosinho, J. (2011). *O Espaço e o Tempo na Pedagogia-em-Participação*. Porto: Porto Editora.
- Gallahue, D. (2002). Desenvolvimento Motor e Aquisição da Competência Motora Na Educação da Infância. In B. Spodek (Org.), *Manual de Investigação em Educação de Infância*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Garcia, R. (2003). *Temas Actuais – VII*. Escola de Educação Física: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Guba, E. (1990). The alternative paradigm dialogue. In E. Guba (ed.), *The paradigm dialog*. Newbury Park: Sage, 17-30.
- Guedes, G. (1997). O Jogo, o Brinquedo e o Desenvolvimento da Criança. In *Atas do IV Encontro de Cultura Tradicional da Beira*. Avis, Viseu.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Quantitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Cascais: Princípia Editora.
- Herrero, P. (1995). Actividades de Complemento Curricular. *Ciências da Educação: Investigação Acção*, 2, 177-183.
- Hohmann, M., & Weikart, D. (1997). *Educar a Criança*. Lisboa: Gulbenkian.
- Kickbusch, I. (2012). *Aprender para o bem-estar: Uma prioridade política para as crianças e jovens na Europa. Um processo para a mudança*. Lisboa: Gulbenkian.
- Kooij, R. (2003). O jogo da criança. In C. Neto, *Jogo & Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: Edição FMH, 32-56.
- Leite, C. (2003). *Para uma Escola curricularmente inteligente. O desenvolvimento do currículo e das práticas curriculares; Projecto educativo e projecto curricular; reorganização curricular do ensino básico – do decreto às práticas*. Porto: ASA.
- Lopes, L., Lopes, V. P., & Pereira, B. (2006). Atividade física no recreio escolar: estudo de intervenção em crianças dois seis aos 12 anos. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20(4), 271-280.
- Marcellino, N. (2006). *Estudos do Lazer. Uma introdução*. (4ª ed.). Campinas: Educação Física e Esporte.
- Marques, A. (2001). A intervenção no recreio e a prevenção de comportamentos anti-sociais. In B. Pereira, A. P. Pinto (eds.), *A escola e a criança em risco – intervir para prevenir*, Porto: ASA, 183-195.
- Marques, A. (2010). Jogo de luta ou luta a sério? Como distinguir para decidir? *Cadernos da infância*, 90, 24 – 30.
- Matos, M., & Sampaio, D. (coord.) (2009). *Jovens com Saúde. Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores.
- Mendo, A. (2000). Acerca del ocio, del tiempo libre y de la animación sociocultural. In *Lecturas: Educación Física y Deportes*. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd23/ocio.htm>.
- Mertens, D. (1998). *Research methods in education and psychology: integrating diversity with quantitative & qualitative approaches*. University of Michigan: Sage.
- Ministério da Educação (2016). *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação/Direção-Geral da Educação (DGE).
- NASPE (2006). *Recess for Elementary School Students (Position paper)*. Reston (VA): National Association of Physical Education and Sports.

- Neto, C. (2003). Tempo & Espaço de Jogo para a Criança: Rotinas e Mudanças Sociais. In C. Neto, *Jogo & Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: Edição FMH, 10-22.
- Neto, C., & Marques, A. (2004). A Mudança de Competências Motoras na Criança Moderna: A Importância do Jogo de Actividade Física. In J. Barreiros, M. Godinho & C. Neto (eds.), *Caminhos Cruzados*. Lisboa: Edição FMH, 1-27.
- Neto, C. (2008). Actividade Física da Criança e do Jovem e Independência de Mobilidade no Meio Urbano. In Beatriz, P. & Graça, C. (coord.), *Actividade Física Saúde e Lazer. Modelos de Análise e Intervenção*. Lisboa e Porto: LIDEL, 15-34.
- Niza, S. (2012). *Sérgio Niza. Escritos sobre Educação*. Lisboa: Tinta da China Edições.
- Peñalba, J. (2001). *Teoría y práctica de la educación en el tiempo libre* (2ª ed.). Madrid: CCS, Alcalá.
- Pereira, B., & Carvalho, G. (2008). *Atividade física saúde e lazer: modelos de análise e intervenção*. Lisboa: LIDEL.
- Pereira, B. (2008). Jogos e brinquedos nos recreios das escolas. In B. Pereira & G. Carvalho. (coord.) *Atividade física saúde e lazer: modelos de análise e intervenção*. Lisboa: LIDEL, 3-13.
- Pereira, V., & Pereira, B. (2012). Jogos, Brincadeiras e Interações nos Recreios do 1º Ciclo: Diferenças Géneros e Idades. in B. Perreira, A. Silva & G. Carvalho, *Atividade Física, Saúde e Lazer: O Valor formativo do jogo e da brincadeira*. Braga: CIEC, 61- 71.
- Pessanha, A. (2001). *Actividade lúdica associada à literacia*. Lisboa: IIE.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramstetter, C., Murray, R., & Garner, A. (2010). The Crucial Role of Recess in School. *Journal of School Health*, 80(11), 517-519.
- Ruquoy, D. (2005). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In L. Albarello, *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva Publicações.
- Sá, E. (2014). *Querem melhor rendimento escolar? Estiquem os recreios!* Revista pais e filhos. Acedido em <http://www.paisefilhos.pt/index.php/videos?start=24>
- Sampaio, D. (1993). *Vozes e ruídos: Diálogos com adolescentes*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sargento, T.; Ferreira, F.; & Madeira, R. (2017). *Brincar e Aprender na Infância*. Porto: Porto Editora.
- Silverman, D. (2000). Analysing talk and text. In N. Denzin & Y. Lincon (eds.), *Hanbook of qualitative research*. (2ª ed.). Califórnia: Sage, 821-834.
- Siraj-Blatchford, I. (2007). *Manual de desenvolvimento curricular para a Educação de Infância*. Lisboa: Texto Editores.
- Smith, P. (2003). Luta a Brincar e Lutar a Sério: Perspetivas sobre a sua relação. In C. Neto. *Jogo & Desenvolvimento da Criança*. Lisboa: Edição FMH, 23-31.
- Strecht, P. (2011). *O vento à volta de tudo. Uma viagem pela adolescência*. Lisboa: Verso da kapa.
- Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta: Dificuldades de aprendizagem e comportamentos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tuckman, B. (2012). *Manual de Investigação em Educação. Metodologia para conceber e realizar o processo de investigação científica*. (4ª ed.). Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Vieira, M. (2016). Pensar a Escola na Contemporaneidade: Velhas e novas questões em debate. In *Conferência - Internacional, Educação e Desenvolvimento*. Lisboa: Calouste Gulbenkian.
- Vieira, R. (2011). *Educação e diversidade cultural. Notas de antropologia da educação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Wiertsema, H. (2006). *100 Jogos de movimento*. Porto: ASA.

Millenium, (ed espec nº5), 57-64.

pt

STRESSE EM PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR: PERSPETIVA HOLÍSTICA
STRESS IN HIGHER EDUCATION TEACHERS: A HOLISTIC PERSPECTIVE
ESTRÉS EN PROFESORES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: UNA PERSPECTIVA HOLÍSTICA

*Susana Barros Fonseca*¹
*Filomena Jordão*²

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação, Viseu, Portugal

² Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Departamento de Psicologia, Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Susana Barros Fonseca – susanafoncesa@esev.ipv.pt | Filomena Jordão – fjordao@fpc.up.pt



Autor Correspondente

Susana Barros Fonseca
Escola Superior de Educação de Viseu
Rua Maximiano Aragão
3504-501 Viseu - Portugal
susanafoncesa@esev.ipv.pt

RECEBIDO: 28 de janeiro de 2020
ACEITE: 13 de março de 2020

RESUMO

Introdução: A realidade do ensino superior português tem passado por significativas transformações, que têm determinado o aumento do stresse dos seus professores. O desempenho de funções docentes no ensino superior está associado a diversas exigências, o que em muitos casos, ocasiona stresse ocupacional. O stresse ocupacional traduz, numa perspetiva transaccional, o desequilíbrio que a pessoa percebe entre determinadas exigências do trabalho e as suas capacidades para responder às mesmas e incorpora, segundo o modelo holístico de stresse, tanto respostas positivas (*eustress*) como negativas (*distress*) a agentes de stresse de trabalho, com repercussões positivas e negativas, respetivamente, na satisfação no trabalho. Poucos estudos têm sido desenvolvidos sobre o stresse ocupacional, numa perspetiva holística, e a sua relação com a satisfação no trabalho dos professores do ensino superior.

Objetivos: Com o propósito de aprofundar conhecimentos sobre o stresse dos professores do ensino superior, este estudo visa avaliar a qualidade do ajustamento do modelo holístico de stresse em professores do ensino superior português.

Métodos: Foram recolhidos dados junto de 439 professores do ensino superior em Portugal, através de um questionário elaborado para o efeito.

Resultados: Os resultados apontam para uma boa qualidade de ajustamento do modelo proposto ($\chi^2(387) = 2117.683$; $p = 0.000$; $\chi^2/gl = 5.472$; NFI= 0.89; PNFI= 0.79; CFI= 0.91; PCFI= 0.81; RMSEA= 0.10).

Conclusões: Os resultados obtidos permitiram desenhar um modelo holístico de stresse e satisfação no trabalho nos professores do ensino superior, que apresenta um bom ajustamento e que face ao modelo teórico inicialmente proposto, apresenta algumas alterações.

Palavras-chave: stresse ocupacional; modelo holístico; professores do ensino superior

ABSTRACT

Introduction The reality of portuguese higher education has been undergoing significant transformations, which have determined the increase of stress of its teachers. The performance of teaching functions in higher education is associated with various requirements, which in many cases causes occupational stress. Occupational stress reflects, from a transactional perspective, the imbalance that a person perceives between certain job demands and their ability to respond to them and incorporates, according to the holistic stress model, both positive (*eustress*) and negative (*distress*) responses to work stress agents, with positive and negative repercussions, respectively, on job satisfaction. Few studies have been developed on occupational stress, from a holistic perspective, and its relationship with job satisfaction of higher education teachers.

Objectives: With the purpose of deepening knowledge about the stress of higher education teachers, this study aims to evaluate the quality of the adjustment of the holistic stress model in Portuguese higher education teachers.

Methods: Data were collected from 439 higher education teachers in Portugal through a questionnaire designed for this purpose.

Results: The results point to a good fit quality of the proposed model ($\chi^2(387) = 2117.683$; $p = 0.000$; $\chi^2/gl = 5.472$; NFI= 0.89; PNFI= 0.79; CFI= 0.91; PCFI= 0.81; RMSEA= 0.10).

Conclusions: The results allowed us to draw a holistic model of stress and job satisfaction in higher education teachers, which presents a good adjustment and which, in view of the theoretical model initially proposed, presents some changes.

Keywords: occupational stress; holistic model; higher education teachers

RESUMEN

Introducción: La realidad de la educación superior portuguesa ha experimentado transformaciones significativas, que han determinado el aumento del estrés de sus profesores. El desempeño de las funciones de enseñanza en la educación superior está asociado con varios requisitos, lo que en muchos casos causa estrés ocupacional. El estrés laboral refleja, desde una perspectiva transaccional, el desequilibrio que una persona percibe entre ciertas demandas laborales y su capacidad de responder a ellas e incorpora, de acuerdo con el modelo de estrés holístico, respuestas positivas (*eustress*) y negativas (*distress*) a los agentes de estrés laboral, con repercusiones positivas y negativas, respectivamente, en la satisfacción laboral. Se han desarrollado pocos estudios sobre el estrés laboral, desde una perspectiva holística, y su relación con la satisfacción laboral de los docentes de educación superior.

Objetivos: Con el propósito de profundizar el conocimiento sobre el estrés de los maestros de educación superior, este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad del ajuste del modelo de estrés holístico en los profesores de educación superior portugueses.

Métodos: Se recopilaron datos de 439 profesores de educación superior en Portugal a través de un cuestionario diseñado para este propósito.

Resultados: Los resultados apuntan a una buena calidad de ajuste del modelo propuesto ($\chi^2(387) = 2117.683$; $p = 0.000$; $\chi^2/gl = 5.472$; NFI= 0.89; PNFI= 0.79; CFI= 0.91; PCFI= 0.81; RMSEA= 0.10).

Conclusiones: Los resultados obtenidos nos permitieron dibujar un modelo holístico de estrés y satisfacción laboral en los docentes de educación superior, que presenta un buen ajuste y que, considerando el modelo teórico propuesto inicialmente, presenta algunos cambios.

Palabras Clave: estrés ocupacional; modelo holístico; profesores de educación superior

INTRODUÇÃO

O stresse ocupacional tem sido considerado um problema marcante dos finais do século passado e do momento atual, com consequências na saúde e no bem-estar de pessoas e organizações (Quick & Henderson, 2016). O stresse ocupacional representa, numa perspectiva transacional, o desequilíbrio que a pessoa percebe entre determinadas exigências do trabalho e as suas capacidades para responder às mesmas (Lazarus & Folkman, 1987) e enquadra, segundo o modelo holístico de stresse (Nelson & Simmons, 2011), tanto respostas positivas (*eustress*) como negativas (*distress*) a agentes de stresse de trabalho, com repercussões positivas e negativas, respetivamente, na satisfação no trabalho.

As instituições de ensino superior em Portugal têm passado por significativas transformações, o que têm determinado o aumento do stresse dos seus professores, com consequências daí decorrentes.

O stresse dos professores, resultante das dificuldades percecionadas em lidar com as diversas alterações que têm ocorrido nos contextos de ensino, constitui de há alguns anos para cá uma fonte de preocupação para os professores, comunidade educativa em geral, investigadores, responsáveis políticos e para a sociedade em geral (Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves, & Ramos, 2002; Travers & Cooper, 1996). Diversos estudos têm procurado estudar o fenómeno do stresse nos professores, focando -se na vertente tradicional da prevenção dos aspetos negativos do stresse e poucos estudos têm sido desenvolvidos sobre o stresse ocupacional, numa perspectiva holística, e sobre a sua relação com a satisfação no trabalho dos professores do ensino superior.

Assim, com o propósito de aprofundar conhecimentos sobre o stresse dos professores do ensino superior numa perspectiva mais abrangente, este estudo visa, avaliar a qualidade do ajustamento do modelo holístico de stresse em professores do ensino superior portugueses.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Das mudanças ocorridas no ensino superior (políticas, económicas e sociais, reestruturações curriculares e estatutárias, novas políticas de contratação, downsizing e cortes orçamentais) decorrem alterações consideráveis no estatuto e funções dos professores deste nível de ensino e outras mudanças se vislumbram num futuro próximo. Como demonstram e salientam diversos estudos realizados em diferentes países, estas mudanças têm contribuído para o aumento e propagação do stresse nos professores do ensino superior, (Gillespie, Walsh, Winefield, Dua, & Stough, 2001; Kinman, Jones, & Kinman, 2006; Jordão & Aragão, 2013; Winefield et al., 2003). As conclusões destes estudos demonstram que as instituições de ensino superior já não oferecem ambientes de trabalho com baixos níveis de stresse como outrora (Gillespie, Walsh, Winefield, Dua, & Stough, 2001; Kinman, Jones, & Kinman, 2006; Jordão & Aragão, 2013; Winefield et al., 2003). Estes estudos têm considerado apenas as respostas negativas ao stresse e os seus efeitos nefastos (insatisfação, doença, burnout, etc.) (Cooper & Cartwright, 1994), contudo, estudos realizados com outros profissionais (p. ex., enfermeiros), têm salientado também a existência de respostas positivas ao stresse e dos seus efeitos benéficos para o indivíduo (satisfação no trabalho, bem-estar subjetivo, saúde, etc.) (Gillespie et al., 2001; Nelson & Simmons, 2011; Simmons & Nelson, 2007).

O stresse ocupacional é atualmente entendido, numa perspectiva transacional, como uma transação entre o ambiente de trabalho e as características do indivíduo que, em determinado momento, e por um processo de avaliações cognitivas da situação e dos recursos de coping disponíveis, verifica que as exigências do trabalho excedem a sua capacidade em lidar com as mesmas (Lazarus & Folkman, 1987). Assente nesta perspectiva e nos pressupostos da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), surge o Modelo Holístico de Stresse que dá conta quer das respostas negativas (*distress*) quer das respostas positivas ao stresse (*eustress*). Segundo este modelo, a vertente positiva ou negativa dos agentes de stresse depende da avaliação cognitiva do indivíduo, que determina a forma como lida com o *distress* (*coping*) ou o aprecia (*savoring*) e o efeito que este terá será diferente (p.ex., na saúde, no bem-estar, na satisfação) (Nelson & Simmons, 2011; Simmons & Nelson, 2007). De acordo com este modelo, a valência negativa e/ou positiva dos agentes de stresse depende da avaliação cognitiva do indivíduo. Estas formas de avaliação concorrem para identificar até que ponto cada acontecimento é avaliado como perigoso ou ameaçador e/ou desafiante. Desta forma, os fatores promotores de stresse raramente são percebidos como puramente positivos ou negativos. Os autores apresentam resultados de vários estudos empíricos que mostram que um mesmo agente de stresse pode desencadear no mesmo indivíduo, e mesmo simultaneamente, respostas negativas e positivas de stresse, ou seja, de *distress* e de *eustress* respetivamente (Nelson & Simmons, 2011; Simmons & Nelson, 2007). No caso dos professores do ensino superior, as principais fontes de stresse que têm sido identificadas são as características do trabalho, o clima organizacional, a carreira profissional e as condições de trabalho (Jordão & Aragão, 2013). Perante os agentes de stresse o indivíduo realiza uma avaliação cognitiva que determina a vivência de *distress* ou *eustress*. O *distress* será a resposta negativa dada a um agente de stresse, evidenciada através de estados psicológicos negativos, e o *eustress* será a resposta psicológica positiva dada a um agente de stresse, como indicador da presença de estados psicológicos positivos, refletindo em que medida a avaliação cognitiva de uma situação é vista como benéfica para o indivíduo ou como potenciando o seu bem-estar (Nelson & Simmons, 2011; Simmons & Nelson, 2007). O modelo holístico destaca ainda dois outros conceitos, o de *coping* e o de *savoring*. Estes são moderadores da relação entre o *distress* e as suas consequências e entre o *eustress* e as suas consequências, respetivamente. Assim, o *coping* representa o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para facilitar o ajustamento ou adaptação individual face a acontecimentos indutores de stresse (Lazarus & Folkman, 1987) e o *savoring* como o processo através do qual as pessoas alcançam ativamente prazer e satisfação

face à experiência positiva (Bryant & Veroff, 2007). Nelson e Simmons (2011) sugerem como consequências potenciais do stresse (distress e eustress) a saúde, o desempenho, qualidade conjugal, envolvimento na comunidade, entre outros. No contexto de trabalho dos professores do ensino superior, diversos autores têm sugerido que existe uma relação entre o stresse e a satisfação no trabalho, podendo ela ser significativa e inversa, assim, à medida que o stresse aumenta a satisfação no trabalho tende a diminuir (Chaudhry, 2012; Travers & Cooper, 1996), ou positiva, ou seja, que quando o stresse aumenta a satisfação também aumenta (Chaudhry, 2012). Neste sentido, o trabalho realizado e que se apresenta de seguida, procurou explorar a relação entre o stresse ocupacional dos professores do ensino superior e a sua satisfação para com o trabalho, tendo por base o Modelo Holístico de Stresse.

2. MÉTODOS

No sentido de responder à questão de estudo Qual a relação entre o stresse ocupacional dos professores do ensino superior e a sua satisfação para com o trabalho? realizou-se um estudo do tipo não-experimental e transversal (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006), com recurso à metodologia de análise de equações estruturais (Structural Equation Modeling - SEM).

2.1 Amostra

A amostra do nosso estudo foi recolhida por conveniência e contou com a participação de 439 professores do ensino superior, 60.8% (n=267) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 22 e os 76 anos (M=44.8 e DP=8.766). A maioria são casados (62.6%). A maioria dos participantes possui o grau de doutor (59.9%), com contrato por tempo indeterminado (62.2%) e exercem funções de docência no ensino superior há uma média de, aproximadamente, 15 anos (M=15.44, DP=8.432). Os professores da nossa amostra distribuem-se pelas categorias profissionais da seguinte forma: 27.8% de assistentes, 26.4% de professores auxiliares, 7.5% de professores associados, 2.1% de professores catedráticos, 29.6% de professores adjuntos, 5.2% de professores coordenadores e 1.4% de professores com outras categorias profissionais (Monitor, Lector, Consultor). 344 (78.4%) dos participantes encontram-se a exercer funções em tempo integral e que 316 (72%) exercem essas funções em regime de exclusividade. Dos professores que se encontram a exercer funções em tempo parcial e/ou sem exclusividade 75 (65.8%) afirmaram exercer outra profissão para além da de professor do ensino superior. 81.1% dos professores participantes no estudo exercem funções em instituições de ensino superior públicas (18.9% privadas) e 53.5% exercem funções em instituições politécnicas (46.5% universitárias).

2.2 Instrumentos de recolha de dados e procedimentos

Para a recolha de dados no presente estudo utilizou-se o método do inquérito, com recurso à técnica do questionário autoadministrado, que integrou um conjunto de questões pessoais e profissionais e seis escalas: I. Escala de Fontes de Stresse na Docência Universitária (Jordão & Aragão, 2013); II. Eustress scale (O'Sullivan, 2011, adaptada e validada por Fonseca & Jordão, 2014); III. Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983, adaptada e validada por Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002); IV. Ways of Savoring Checklist (Bryant & Veroff, 2007, adaptada e validada por Menezes Santos, Carvalho, & Marques Pinto, 2008 para a população portuguesa e validada para professores por Fonseca, 2014); V. Brief Cope (Carver, 1997, adaptada e validada por Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004); VI. PMI-ST - Pressure Management Indicator – Subescala de Satisfação no Trabalho (Williams & Cooper, 1996, adaptada e validada por Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002).

A Escala de Fontes de Stresse na Docência Universitária integra um grupo de questões que se destinam a avaliar potenciais fontes de stresse na profissão e é constituída por 20 itens, distribuídos por 4 fatores: características do trabalho, clima organizacional, carreira profissional e condições de trabalho que explicam no seu conjunto 64.6% da variância total. Os quatro fatores apresentam valores de consistência interna muito satisfatórios para os fatores 1 e 2 ($\alpha > .80$) e satisfatórios para os fatores 3 e 4 com valores alpha situando-se entre 0.70 e 0.8. Os itens da escala são avaliados numa escala de tipo Likert de 6 pontos em que: 1 = Quase nunca é fonte de stresse e 6 = Quase sempre é fonte de stresse. A Escala de *eustress* apresenta propriedades psicométricas adequadas no que concerne à sua consistência interna ($\alpha = .93$), é unidimensional e é constituída por 7 itens (5 itens que saturam o fator e 2 questões de despiste). Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert de 6 pontos em que: 0 = Nunca 1 = Quase Nunca 2 = Às Vezes 3 = Frequentemente 4 = Muito Frequentemente 5 = Sempre. A PSS – Perceived Stress Scale é constituída por 14 itens e revela uma adequada fiabilidade e validade ($\alpha = .863$). Os *scores* nesta escala são obtidos revertendo as respostas dos sete itens positivamente formulados (e.g., 0=4, 1=3, 2=2) e depois somando todos os itens da escala. Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert de 5 pontos em que: 0 = Nunca 1 = Quase nunca 2 = Às vezes 3 = Com alguma frequência 4 = Com muita frequência. A Ways of Savoring Checklist é constituída por 11 itens agrupados em três fatores (Comportamento Manifesto – itens 2, 6, 7 e 9; Construção de Memórias – itens 5, 8, 10 e 11; e Partilha com os Outros – itens 1, 3 e 4), que na totalidade explicam 62.7% da variância total. Todas as subescalas apresentam valores de alpha de Cronbach bastante respeitáveis (entre 0.70 e 0.80). Os itens são avaliados numa escala de tipo Likert de 7 pontos em que: 1 = Não se aplica de todo 4 = Aplica-se em parte 7 = Aplica-se totalmente. O Brief Cope é composto pelas seguintes 14 subescalas, com dois itens cada: *coping* ativo; planear; utilizar suporte instrumental; utilizar suporte social emocional; religião; reenquadramento positivo; auto culpabilização; aceitação; expressão de sentimentos; negação; auto distração; desinvestimento comportamental; uso de substâncias (medicamentos/álcool); e humor. As 14 subescalas apresentam valores de consistência interna satisfatórios (entre 0.6 e 0.9). A resposta a cada item da escala é dada através de uma escala tipo Likert de quatro pontos em que 0 corresponde a “Nunca faço isto”, 1 corresponde a “Faço isso por vezes”, 2 corresponde a “Em média é isto que faço” e 3 corresponde a “Faço quase sempre isto”.

O PMI-ST é constituído por 12 itens divididos por dois fatores, a satisfação com a organização (satisfação com o modo como a organização está estruturada e como funciona) e a satisfação com o trabalho (satisfação com as tarefas e funções desempenhadas), apresentando estes fatores valores de consistência interna bons (0.89 e 0.83). A escala total apresenta, por sua vez, uma boa consistência interna (0.84). A resposta a cada item da escala é dada através de uma escala tipo Likert de seis pontos: 1 = MUITÍSSIMO insatisfatório; 2 = Muito insatisfatório; 3 = Algo insatisfatório; 4 = Algo satisfatório 5 = Muito satisfatório; 6 = MUITÍSSIMO satisfatório. Para viabilizar a recolha de dados, foi solicitada autorização aos autores para a utilização dos instrumentos a incluir no questionário de recolha de dados. Foram ainda garantidas e salvaguardadas as questões do anonimato e confidencialidade dos dados, através de um texto introdutório ao questionário. Foi criado digitalmente o questionário de recolha de dados e foi enviado o pedido de colaboração e de divulgação do link de acesso ao questionário de recolha de dados junto de todos os professores via e-mail (através de contactos pessoais e contactos institucionais resultantes de pesquisa na internet - instituições de ensino superior da rede pública e privada, constantes da página da internet da DGES- e através do contacto de e-mail geral e/ou dos diretores/presidentes das instituições de ensino superior públicas e privadas). O link de acesso ao questionário foi ainda divulgado através das redes sociais (Google+, Facebook, LinkedIn).

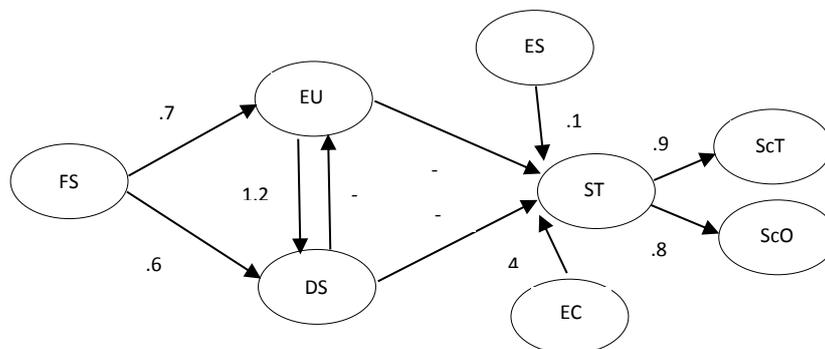
2.3 Análise estatística

Os dados foram analisados através do *software* estatístico AMOS - *Structural Equation Modeling to Test Relationships*, versão 20.0, tendo sido adotado o grau de confiança de 95%, valor de referência em estudos da área das Ciências Sociais e Humanas (Marôco, 2010). O ajustamento do modelo foi avaliado através de índices comparativos de ajustamento, concretamente o NFI - *Normed Fit Index* (valores inferiores a 0.80 serão indicadores de um mau ajustamento, valores entre 0.80 e 0.90 indicam um ajustamento sofrível e valores superiores a 0.90 indicam um bom ajustamento), PNFI - *Parsimony Normed Fit Index* (valores inferiores ou iguais a 0.60 indicam um mau ajustamento, valores entre 0,60 e 0,80 indicam um ajustamento razoável e valores superiores a 0.80 são indicadores de um bom ajustamento), CFI - *Comparative Fit Index* (valores inferiores a 0.90 indicam um mau ajustamento, valores entre 0.90 e 0.95 indicam um ajustamento bom e valores superiores ou iguais a 0.95 indicam um ajustamento muito bom), PCFI - *Parsimony Comparative Fit Index* (valores inferiores ou iguais a 0.60 indicam um mau ajustamento, valores entre 0.60 e 0.80 indicam um ajustamento razoável e valores superiores a 0.80 são indicadores de um bom ajustamento), RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation* (o ajustamento do modelo é inapropriado quando a estimativa pontual é superior a 0.10, o ajustamento é considerado medíocre entre 0.08 e 0.10, bom entre 0.05 e 0.08 e muito bom quando a estimativa é inferior a 0.05) (Marôco, 2010).

A construção do modelo e validação do modelo estrutural teve por base a metodologia de análise de equações estruturais (*structural equation modeling* - SEM). O método que se utilizou para a estimação dos parâmetros desconhecidos, das diferentes trajetórias do modelo, foi o da máxima verosimilhança (*maximum likelihood*), que forneceu as estimativas dos coeficientes estandardizados das trajetórias (uma estimativa superior a 0.50 em valor absoluto indica uma associação forte), o desvio padrão e o *p-value* (valores de $p < .05$ foram considerados como indicativos de trajetórias significativas).

3. RESULTADOS

O modelo proposto neste estudo designou-se de Modelo de Stresse e Satisfação no Trabalho dos Professores do Ensino Superior, descreve as relações entre o *eustress* e o *distress* na satisfação no trabalho, considerando a influência moderada das estratégias de *coping* e de *savoring*, em professores do ensino superior em Portugal e resulta da revisão da teoria e da investigação na área. Na Figura 1 apresentamos a representação gráfica do modelo desenvolvido e os resultados dos parâmetros estimados.

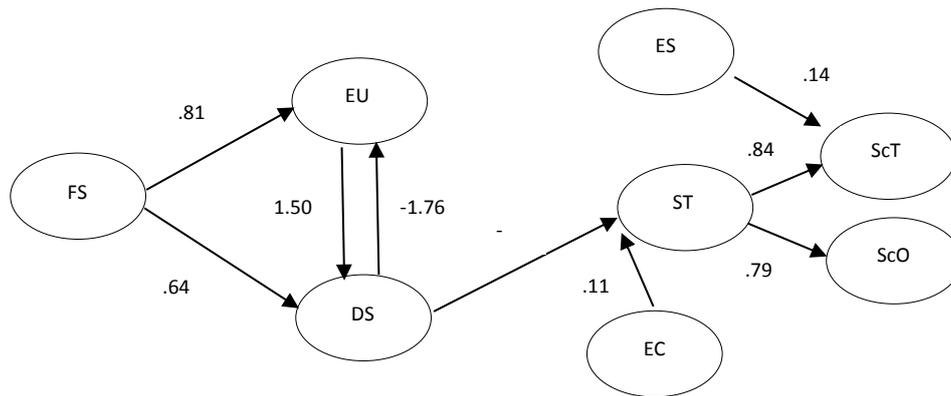


Legenda: FS – Fontes de Stresse; EU – *eustress*; DS – *distress*; EC – Estratégias de *Coping*; ES – Estratégias de *Savoring*; ST – Satisfação no trabalho; ScT – Satisfação com o trabalho; ScO – Satisfação com a organização.

Figura 1 - Modelo de Stresse e Satisfação no Trabalho dos Professores do Ensino Superior

Os índices de bondade de ajustamento global obtidos para o modelo ($\chi^2(586)= 17218.247$; $p= 0.000$; $\chi^2/gl= 29.38$; $NFI= 0.28$; $PNFI= 2.63$; $CFI= 0.29$; $PCFI= 0.27$; $RMSEA= 0.26$) indicam que o ajustamento global à matriz de covariância dos dados dos professores da nossa amostra é pobre, devendo, por isso, ser rejeitado.

Decorrente da análise dos valores dos parâmetros estimados para o modelo procedeu-se a uma especificação do modelo (Figura 2), removendo a trajetória não significativa ($ST \leftarrow EU$). Considerou-se ainda nesta nova especificação alguns índices de modificação, sugeridos pelo próprio *software* (AMOS), nomeadamente, procedeu-se à alteração da trajetória do efeito de moderação das estratégias de *savoring* na relação entre o *eustress* e a satisfação no trabalho para relação entre o *eustress* e a satisfação com o trabalho.



Legenda: FS – Fontes de Stresse; EU – *eustress*; DS – *distress*; EC – Estratégias de *Coping*; ES – Estratégias de *Savoring*; ST – Satisfação no trabalho; ScT – Satisfação com o trabalho; ScO – Satisfação com a organização.

Figura 2 - Respecificação do Modelo de Stresse e Satisfação no Trabalho dos Professores do Ensino Superior

A análise das trajetórias entre as variáveis revelou, assim, que a trajetória 'EU ← FS' é a que apresenta maior peso ($\beta= 0.81$; $p= 0.000$), seguida pela trajetória 'DS ← FS' ($\beta= 0.64$; $p= 0.000$) e da trajetória 'ST ← DS' ($\beta= -0.50$; $p= 0.000$) que se apresenta como negativa. Estas trajetórias descrevem o efeito das fontes de stresse no *eustress* e no *distress* e o efeito direto do *distress* na satisfação no trabalho. A trajetória 'EU ← DS' surge como negativa ($\beta= -1.76$; $p= 0.000$) e com maior peso do que a trajetória 'DS ← EU' que é positiva ($\beta= 1.50$; $p= 0.000$). Estas duas trajetórias descrevem um efeito de *feedback* entre o *eustress* e o *distress*. Podemos ainda observar que o efeito moderador produzido pelas estratégias de *savoring* ($\beta= 0.14$; $p= 0.000$) e estratégias de *coping* ($\beta= 0.11$; $p= 0.033$) não é muito elevado e que o efeito das estratégias de *savoring* modera a relação entre o *eustress* e a satisfação com o trabalho e é superior ao efeito das estratégias de *coping* na relação entre o *distress* e a satisfação no trabalho.

Os índices de bondade de ajustamento global dos Modelo de Stresse e Satisfação no Trabalho dos Professores do Ensino Superior respecificado ($\chi^2(387)= 2117.683$; $p= 0.000$; $\chi^2/gl= 5.472$; $NFI= 0.887$; $PNFI= 0.789$; $CFI= 0.905$; $PCFI= 0.805$; $RMSEA= 0.101$), permitem concluir que o referido modelo revelou uma qualidade de ajustamento boa, ou seja, ajusta-se aos dados da nossa amostra. O valor de NFI indica um ajustamento sofrível, mas muito próximo dos valores que indicam um bom ajustamento (valores superiores a 0.90); o valor de CFI indica um ajustamento bom; os valores dos índices de parcimónia ($PNFI$ e $PCFI$) indicam um bom ajustamento; e a estimativa $RMSEA$ indica um ajustamento medíocre, contudo, o valor desta estimativa é especialmente importante quando a dimensão da amostra é pequena, o que não se verifica no nosso estudo (Marôco, 2010).

4. DISCUSSÃO

A avaliação do modelo proposto neste trabalho aponta para a existência de uma influência direta das fontes de stresse no *eustress* e no *distress*. Estes resultados estão de acordo com o Modelo Holístico de Stresse (Nelson & Simmons, 2011). Os resultados indicam ainda, através das trajetórias significativas que surge entre as fontes de stresse e o *eustress* e o *distress*, a premissa de que um mesmo agente de stresse pode desencadear no mesmo indivíduo, e mesmo simultaneamente, respostas positivas e negativas de stresse (Nelson & Simmons, 2011; Simmons & Nelson, 2007).

Os nossos resultados confirmam, também, a existência de uma relação recíproca entre o *eustress* e o *distress*, tal como sugerem Nelson e Simmons (2011), contudo, ela é apenas negativa na trajetória 'EU ← DS', indicando que a percepção de *distress* diminui a percepção de *eustress*, mas esta aumenta a percepção de *distress*.

Os nossos resultados indicam que o efeito positivo do *eustress* na satisfação no trabalho dos professores do ensino superior não é significativo. Este resultado permite-nos perceber que o efeito produzido pelo *eustress* na satisfação no trabalho é apenas um efeito moderado pelas estratégias de *savoring*.

Os resultados confirmam que existe um efeito negativo do *distress* na satisfação no trabalho, sendo este resultado congruente com o Modelo Holístico de Stresse (Nelson & Simmons, 2011) e a literatura existente na área (Chaudhry, 2012; Gillespie et al., 2001; Mota-Cardoso et al., 2002; Travers & Cooper, 1996).

Os resultados confirmam o efeito de moderação das estratégias de *savoring* na relação entre o seu nível de eustress e a sua satisfação com o trabalho, contudo este efeito apenas se verifica ao nível da satisfação com o trabalho e não ao nível da satisfação com a organização. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos professores revelarem maior satisfação em relação aos aspetos inerentes ao seu trabalho do que aos aspetos associados ao contexto da própria organização (Gillespie et al., 2001; Travers & Cooper, 1996; Winefield et al., 2003), sendo que, em última instância, os professores procurarão desfrutar desses aspetos relacionados com o trabalho.

Os resultados do nosso estudo confirmam o efeito de moderação das estratégias de *coping* na relação entre o *distress* e a satisfação no trabalho indo ao encontro da literatura revista (Gillespie et al., 2001; Nelson & Simmons, 2011).

Estes resultados permitem-nos assim, concluir que o Modelo de Stresse e Satisfação no Trabalho dos Professores do Ensino Superior final (respecificado) revelou uma qualidade de ajustamento boa, o mesmo será dizer que o mesmo se ajusta aos dados da nossa amostra (Marôco, 2010), reforçando a importância e a necessidade de desenvolvermos modelos holísticos de análise que apresentem visões integrais do stresse ocupacional, servindo de base para intervenções, que promovam vivências de *eustress* em detrimento de vivências de *distress* e que potenciem a utilização de estratégias de *savoring* e de *coping* para moderar, de forma positiva e vantajosa, a relação entre o stresse e satisfação no trabalho.

CONCLUSÕES

Do trabalho desenvolvido e dos resultados obtidos importa destacar os principais contributos, por um lado, e refletir sobre as limitações, as quais nos permitem explanar algumas questões e sugerir pistas para investigações futuras. Assim, reforçamos os contributos mais relevantes deste trabalho nomeadamente, o seu carácter pioneiro, assente na perspetiva holística do stresse ocupacional, que conjuga a vertente positiva e negativa do stresse, acompanhando a crescente valorização atribuída à Psicologia Positiva, e considerando os professores do ensino superior em Portugal.

Da análise dos dados obtidos importa destacar a avaliação da qualidade do ajustamento de um modelo das relações que se estabelecem entre o *eustress* e o *distress* na satisfação para com o trabalho, considerando a influência das estratégias de *coping* e de *savoring*, em professores do ensino superior em Portugal, que apresenta um bom ajustamento e que face ao modelo teórico inicialmente proposto, apresenta algumas alterações, das quais destacamos, a existência de um efeito positivo do *eustress* no *distress*, a inexistência de um efeito direto entre o *eustress* e a satisfação no trabalho e a existência de um efeito moderador das estratégias de *savoring*, especificamente ao nível da satisfação com o trabalho.

De acordo com o modelo final obtido, podemos concluir que o *eustress* e o *distress* são conceitos distintos, mas complementares, na determinação das respostas dadas aos agentes de stresse, que a vivência de *distress* faz diminuir a vivência de *eustress*, mas esta, por seu lado, faz aumentar a vivência de *distress*, que as mesmas fontes de stresse potenciam a vivência de *eustress* e *distress*, contribuindo mais para a vivência do *eustress* do que o *distress* e estes produzem impacto na satisfação no trabalho. Sendo que, o impacto do *eustress* será positivo, na satisfação com o trabalho, quando moderado pelas estratégias de *savoring* e o efeito do *distress* na satisfação no trabalho será direto e negativo, podendo ser moderado pelas estratégias de *coping*.

Podemos, assim, concluir que o modelo avaliado, em termos globais, reitera o racional teórico no qual se enquadra, importando salientar que os resultados das análises desenvolvidas nos permitem afirmar que o modelo em análise constitui uma tentativa plausível de integração da teoria e da investigação no domínio.

No futuro importa desenvolver estudos mais específicos que permitam compreender o efeito positivo produzido pela trajetória 'EU → DS', contrariamente ao definido na literatura, para tal sugerimos, a replicação do estudo numa nova amostra de professores do ensino superior e que se conjuguem metodologias quantitativas e qualitativas, que permitam explorar esta e outras questões plausíveis e apontar indicadores mais específicos acerca do fenómeno em análise (Sampieri et al., 2006).

AGRADECIMENTOS

Agradece-se ao Instituto Politécnico de Viseu e à Escola Superior de Educação que permitiram a concretização desta investigação através da concessão de Bolsa PROFAD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A New Model of Positive Experience*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carver, C. (1997). You Want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief Coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

- Chaudhry, A. (2012). The relationship between occupational stress and job satisfaction: The case of Pakistani Universities. *International Education Studies*, 5(3), 212-221.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Cooper, C., & Cartwright, S. (1994). Healthy mind, healthy organization: A proactive approach to occupational stress. *Human Relations*, 41, 455-471.
- Fonseca, S. (2014). Modelo de stresse e satisfação no trabalho: Estudo com professores do ensino superior português (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Fonseca, S., & Jordão, F. (2014). Adaptação e validação da Eustress Scale para professores portugueses. *Psychologica*, 57(1), 93-112.
- Gillespie, N., Walsh, M., Winefield, A., Dua, J., & Stough, C. (2001). Occupational stress in universities: staff perceptions of the causes, consequences and moderators of stress. *Work & stress*, 15(1), 53-72.
- Gomes, A., Silva, M., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A., & Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stress, “burnout”, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, 19(1), 67-93.
- Jordão, F., & Aragão, A. (2013). Development and psychometric study to the Scale of Organizational Sources of Stress on Teaching in Higher Education. *Psychologica*, 56, 67-81.
- Kinman, G., Jones, F., & Kinman, R. (2006). The well-being of the UK academy, 1998-2004. *Quality in Higher Education*, 12 (1), 15-27.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-170.
- Marôco, J. (2010). Análise de equações estruturais. Fundamentos teóricos, software & aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Menezes Santos, V., Carvalho, J., & Marques Pinto, A. (2008). Estudo de adaptação do Ways of Savoring Checklist (WOSC). Lisboa: FPUL (documento policopiado).
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R., Gonçalves, G., & Ramos, M. (2002). O stress nos professores portugueses. Estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora.
- Nelson, D. L., & Simmons, B. L. (2011). Savoring eustress while coping with distress: The holistic model of stress. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 55-74). Washington: American Psychological Association.
- O’Sullivan, G. (2011). The relationship between hope, eustress, self-efficacy, and life satisfaction among undergraduates. *Social Indicators Research*, 101(1), 155-172.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, C. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Quick, J., & Henderson, D. (2016). Occupational Stress: Preventing Suffering, Enhancing Wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 459-469.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª Ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Simmons, B. & Nelson, D. (2007). Eustress at work: Extending the Holistic Stress Model. In D. Nelson & C. Cooper (Eds.), *Positive Organizational Behavior* (pp. 40-53). London: Sage Publications.
- Travers, C., & Cooper, C. (1996). *Teachers under pressure. Stress in the teaching profession*. London: Routledge.
- Williams, S. & Cooper, C. (1996). *Pressure Management Indicator*. Harrogate: RDA.
- Winefield, A., Gillespie, N.; Stough, C., Dua, J., Hapuarachchi, J., & Boyd, C. (2003). Occupational stress in Australian university staff: Results from a national survey. *International Journal of Stress Management*, 10(1), 51-63.

Millenium, (ed espec nº5), 65-73.



NARRATIVAS SOBRE VIVÊNCIAS E REFLEXÕES EM TORNO DA HOMOPARENTALIDADE: UM ESTUDO PORTUGUÊS
NARRATIVES ABOUT EXPERIENCES AND REFLECTIONS AROUND SAME-SEX PARENTING: A PORTUGUESE STUDY
NARRATIVAS SOBRE EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES EN TORNO A LA HOMOPARENTALIDAD: UN ESTUDIO PORTUGUÉS

Paula Xavier¹

Isabel Alberto²

Francisco Mendes¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior Escola Superior de Educação, Viseu, Portugal

² Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal

Paula Xavier - paulaxavier@esev.ipv.pt | Isabel Alberto - isamaria@fpce.uc.pt | Francisco Mendes - fmendes@esev.ipv.pt



Corresponding Author

Paula Xavier

Escola Superior de Educação de Viseu

Rua Maximiano Aragão

3504 - 501 Viseu Portugal

paulaxavier@esev.ipv.pt

RECEIVED: 03th January 2020

ACCEPTED: 04th March 2020

RESUMO

Introdução: Em Portugal, apesar das recentes transformações ao nível legal, continuam a verificar-se dificuldades no reconhecimento social da homoparentalidade. Além disso, a pesquisa nesta área está ainda em processo de afirmação, tendo-se focado essencialmente na análise das atitudes da sociedade, sendo fundamental conhecer e compreender a perspetiva das próprias famílias.

Objetivos: Identificar perspetivas e experiências em torno da homoparentalidade.

Métodos: Foram realizadas entrevistas a sete mulheres lésbicas e um homem gay que tiveram filhos no contexto de uma relação heterossexual anterior ($n = 2$) ou de uma relação anterior/atual com uma pessoa do mesmo sexo ($n = 6$). As narrativas foram analisadas de acordo com os procedimentos da Análise Interpretativa Fenomenológica.

Resultados: Da análise emergiu uma perspetiva de responsabilidade acrescida no exercício da parentalidade, traduzida na reflexão e gestão dos desafios externos, designadamente ao nível das práticas parentais e das construções de sentido direcionadas para a validação e afirmação da família no contexto social.

Conclusões: Os resultados contribuem para a compreensão das vivências da homoparentalidade no contexto português, particularmente os recursos internos e externos que os participantes mobilizam para gerirem as adversidades vividas/antecipadas. São apresentadas implicações para as famílias e para os técnicos que trabalham nesta área de atuação profissional.

Palavras-chave: homoparentalidade; resiliência familiar; Portugal; Análise Interpretativa Fenomenológica.

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, despite recent changes in the legal system, the social recognition of same-sex parenting remains difficult. In addition, research on this topic is still in a process of affirmation and has focused primarily on social attitudes, being fundamental to know and understand the perspective of the families themselves.

Objectives: Identify perspectives and experiences related to same-sex parenting.

Methods: Seven lesbians and one gay man who were mothers/father in the context of a previous heterosexual relationship ($n = 2$) or in a planned lesbian family ($n = 6$) were interviewed. Their accounts were analysed using Interpretative Phenomenological Analysis.

Results: A view of increased responsibility in parenting emerged in the analysis, translated both in the reflection on and the management of external challenges, namely in parenting practices and in the construction of meaning directed to validate and affirm the family in the social context.

Conclusion: The results contribute to a deeper understanding of experiences surrounding same-sex parenting in the Portuguese context, namely the internal and external resources the participants mobilize in order to adapt to the experienced/anticipated adversity. Implications for both families and professionals who work in this area are presented.

Keywords: same-sex parenting; family resilience; Portugal; Interpretative Phenomenological Analysis.

RESUMEN

Introducción: En Portugal, aunque los recientes cambios legales, persisten las dificultades en el reconocimiento social de la homoparentalidad. Además, la investigación en esta área sigue sendo en proceso de afirmación, y se ha centrado principalmente en el análisis de las actitudes sociales, siendo fundamental conocer y comprender la perspectiva de las propias familias.

Objetivos: Identificar las perspectivas y experiencias en torno a la homoparentalidad.

Métodos: Se realizaron entrevistas con siete mujeres lesbianas y un hombre gay que han tenido hijos en el contexto de una relación heterosexual anterior ($n = 2$) o de una relación anterior/actual con una persona del mismo sexo ($n = 6$). Las narrativas se analizaron de acuerdo con los procedimientos del Análisis Interpretativo Fenomenológico.

Resultados: Del análisis surgió una perspectiva de mayor responsabilidad en la crianza de los hijos, que se ha traducido en la reflexión y gestión de los desafíos externos, a saber, a nivel de las prácticas parentales y de construcciones de significado dirigidas a la validación y afirmación de la familia en el contexto social.

Conclusiones: Los resultados contribuyen a la comprensión de las experiencias en torno a la homoparentalidad en el contexto portugués, particularmente los recursos internos y externos que los participantes movilizan para manejar las adversidades experimentadas/antecipadas. Se presentan implicaciones para las familias y los técnicos que trabajan en esta área profesional.

Palabras Clave: homoparentalidad; resiliencia familiar; Portugal; Análisis Interpretativo Fenomenológico.

INTRODUCTION

Despite society's attitudes and concerns regarding same-sex parenting, the results of research conducted in families with lesbian and gay parents consistently indicate that these parents and children are competent and psychosocially well-adjusted (see Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2013). As compared to the international level, few studies have addressed this topic in Portugal. The present study is part of a larger project on the theme (Xavier, Alberto, & Mendes, 2015; Xavier, Alberto, & Mendes, 2017), and seeks to identify perspectives and experiences of lesbian and gay parents living in Portugal. The results will hopefully deepen the understanding of these families in Portugal thereby contributing to the professional performance of those who work in the field of parenting and helping to dispel the reservations surrounding this topic.

1. REVIEW OF LITERATURE

Research on same-sex parenting began in the late 1970s, in the United States of America, prompted by legal disputes, particularly in the case of women, over child custody after one parent had come out. Following an initial phase that focused on situations in which parenting occurred in the context of a previous heterosexual relationship, a second phase emerged because of social changes, during which the focus shifted to parenting in the context of a same-sex relationship through adoption, foster care, or artificial insemination (AI) (Johnson, 2012). In both phases, the focus was on the functioning of the family and the implications for the children's development, generally based on comparisons with heterosexual families. More recent studies have emphasized the specific details and diversity of these families (Gato, 2016).

The few studies on this subject that have been conducted in Portugal generally highlighted the attitudes of higher education students about same-sex parenting (e.g., Gato & Fontaine, 2016, 2017). Nevertheless, there are also some analyses of these attitudes in samples of the community (Costa et al., 2013; Costa, Pereira, & Leal, 2015; Ramos, Atalaia, & Cunha, 2016) and studies about professionals' representations towards these families (Xavier et al., 2017). A review of the Portuguese literature also reveals some studies focusing on parenting intentions and desires (Aboim, Costa, & Gomes, 2012; Costa & Bidell, 2017) and the experiences of these parents (Aboim et al., 2012).

In the legal domain, there's an increasing recognition of same-sex families, following the approval of civil marriage, in 2010 (Lei No. 9/2010 de 31 de maio). In this sense, the year 2016 represents an important milestone in this regard, with the removal of limitations/bans on legal family rights, such as joint adoption (Lei No. 2/2016 de 29 de fevereiro) and the expansion of access to medically assisted insemination for all women, irrespective of marital status and sexual orientation (Lei No. 17/2016 de 20 de junho).

In summary, the literature review points to a social climate in Portugal in which attitudes of reservation (Costa et al., 2013; Costa et al., 2015; Gato & Fontaine, 2016, 2017; Ramos et al., 2016; Xavier et al., 2017) coexist with a progressive legal recognition of families with same-sex parents.

This study is based on the several starting points. First, the concept of parenting as a relational and functional model that underlies the adults' performance of support and executive functions, such as the protection, education and sociocultural integration of the children (Alarcão, 2006; Goldberg, 2010). This model undergoes restructuring over the course of the family's life cycle. Second, the ecological approach (Bronfenbrenner, 1986; Goldberg, 2010) renders it possible to identify at various systemic levels the possible influences of institutional heterosexism and sexual prejudice (Herek, 2009) on the family's development and functioning (Goldberg, 2010), calling for the mobilization of coping strategies and the development of resilience (Oswald, 2002; Walsh, 2016). In fact, aware of the heterosexism, discrimination and scrutiny surrounding their families, lesbian and gay parents express concerns about how to best balance family public disclosure and prepare their children for possible encounters with stigma, but also believing they may experience unique benefits, such as being more tolerant and accepting of others, as a result of growing up in a minority family (Goldberg, 2010). Recently, based on research in the domains of same-sex families and family resilience, Prendergast and MacPhee (2018) proposed a model of family resilience grounded in minority stress theory. They describe several individual (parents and children), family and contextual protective (and risk) factors, including those that may constitute key strengths in same-sex families. Prendergast and MacPhee (2018) highlight: (a) the parent-level (parenting efficacy, couple bond, division of labor, and social support from extended family, friends, and community); (b) the child-level (parent-child relationship, parent socialization regarding discrimination, and school curricula with regard to sexual minorities); and (c) the family level (regulatory factors such as adaptability, involvement, meaning-making processes, among others).

2. METHODS

This study was conducted according to Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith & Osborn, 2008), an ideographic approach that explores in detail the perceptions and meanings that individuals attach to their experiences, events, and states. IPA constitutes a situation of double hermeneutics (Smith & Osborn, 2008) requiring the researcher to be alert to preconceived ideas, facilitate the expression of phenomena and remain open to new constructions of meaning (bracketing).

2.1 Sample

The study is based in a convenience sample in which the participants were contacted using the snowball method (Smith & Osborn, 2008). The participants were eight individuals who identified themselves as parents, lesbians ($n = 7$) and gay ($n = 1$). The researchers contacted associations that advocate for LGBT rights in Portugal, such as ILGA-Portugal, among others, to promote the study, and two participants volunteered to be interviewed. The others were referred by participants who had been interviewed ($n = 5$) or were reached through the authors' network of contacts ($n = 1$).

The average age of the participants was 40.1 years ($SD = 4.61$). All were employed university graduates. Six lived in urban areas and two in rural areas. Five were in non-marital partnerships, one was married, one was divorced, and one was single/separated. The maximum number of children was two, with an average age of 7.4 ($SD = 6.43$) years (age range 1–19). As in Aboim et al. (2012) and Costa and Bidell (2017) studies, the routes to parenthood were diverse: two participants, a man and a woman, became parents in the context of a previous heterosexual relationship, and six were mothers in a current or prior lesbian relationship. More specific information about their families can be seen on Table 1.

Table 1 - Families of the participants

Id.	Age	Gender	Self-identification	Marital status	Children	Route to parenthood
A	36	F	Lesbian	Non-marital partnership	♀ (4 years old)	AI with an anonymous donor
F	40	F	Lesbian	Single /Separated	♂ and ♀ (9 and 7 years old)	Self-insemination
M	38	F	Lesbian	Non-marital partnership	♂ and ♂ (1 year old)	IVF with a known donor
CS	35	F	Lesbian	Married	♀ (5 years old)	AI with an anonymous donor
C	44	F	Lesbian	Non-marital partnership	♀ (4 years old)	Non-biological mother ^a
SM	36	F	Lesbian	Non-marital partnership	♂ and ♂ (1 years old)	Non-biological mother ^a
R	46	M	Gay	Divorced	♂ and ♂ (17 and 13 years old)	Previous heterosexual relationship
SB	46	F	Lesbian	Non-marital partnership	♂ and ♀ (19 and 14 years old)	Previous heterosexual relationship

Note. M = Male; F = Female; ♀ = Girl; ♂ = Boy; AI = Artificial Insemination; IVF = *In Vitro* Fertilization.

^a Without legal recognition at the time of the interview.

2.2 Data collection instruments and procedures

The participants were contacted prior to the interview to explain the purpose of the study, obtain their informed consent, and to schedule the interview. The interviews began with the participants signing informed consent forms and authorizing audio recording, with assurances that ethical principles would be respected regarding confidentiality and anonymity in the reporting of results.

The interviews were guided by a semi-structured script designed for this study, based on the ecological model of the family of Bronfenbrenner (1986; Goldberg, 2010) and the systemic perspective of the family life cycle (Alarcão, 2006; Goldberg, 2010). The first section of the script collected socio-demographic information, followed by questions regarding the participants' experiences with parenting, focusing particularly on the transition to parenthood and the resources and challenges encountered since then, both of an internal and external nature. Topics that emerged from the participants' accounts were also explored (Smith & Osborn, 2008).

The interviews were conducted by the first author in settings convenient to the participants, including at home ($n = 6$), in the workplace ($n = 1$), or in a public location ($n = 1$). The duration of the interviews varied from 36 to 139 minutes. At this time, the above legal changes in the access to joint adoption and artificial insemination had not yet occurred.

2.3 Data analysis

After the complete transcription, interviews were subjected to Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Following Smith and Osborn (2008), the transcript of the first case was re-read several times while notes were taken regarding the content and initial interpretations. Next, the notes were transformed into emerging themes at a higher level of abstraction. This process culminated in the development of a chronological list of themes, which were, then, grouped according to conceptual similarities

in a hierarchy of main themes and sub-themes while constantly being checked against the participant's narrative. These procedures were repeated for each case. Finally, all the themes were reviewed and systematized in an iterative process that focused on the similarities and differences among the participants. The co-authors reviewed the final list of themes, checking them against the data.

In the analysis, excerpts from the interviews are in quotes and accompanied by letters identifying the interviewee and her/his route to parenthood (i.e., in the context of a previous heterosexual relationship – *PHR*; lesbian biological mother – *LBM*; lesbian non-biological mother – *LNBM*). Omitted sections are indicated by ellipses in parentheses, and clarifications are depicted by brackets. The collected data were discussed based on information from international literature review regarding same-sex families. The parallel records of the participants' narratives sought to preserve their first-hand accounts of experiences and to allow readers to examine the suitability of the interpretations (Smith & Osborn, 2008).

3. RESULTS AND DISCUSSION

Overall, the main themes reflect the motivations and the internal and external challenges and resources participants associated with their parenting experiences. This study addresses one of those themes, entitled *assumption of increased responsibility in parenting*, and whose sub-themes refer to intentional actions and the construction of meaning that validate and affirm the family when integrated into a context perceived to be somewhat hostile (Goldberg, 2010; Oswald, 2002; Prendergast & MacPhee, 2018), namely: (a) openness and assertiveness with others; (b) anticipating/managing children's questions/experiences regarding their family; (c) building resilience in children; (d) valuing the presence of gender role models; and (e) negotiating the name by which each mother/the stepparent will be called.

Before going on to explore them, it should be mentioned that despite lingering concerns regarding same-sex parenting, which are sometimes expressed as concern for the children's welfare because of stigma and discrimination (Clarke, 2001) – a topic to which the participants of this study were not indifferent – there is widespread agreement among researchers that sexual orientation does not determine the quality of parenting. Thus, as Oswald (2002) suggested in a revision of the literature that focused on the resilience processes that enable members of gay and lesbian families to create and strengthen their family networks, it is important to direct the focus from the sorts of problems that are posed by challenges such as heterosexism towards the study of the strengths deployed by these families to confront those challenges (Walsh, 2016).

Justifying the name given to the main theme, the term 'increased' is intended to convey the idea of taking on responsibilities beyond the typical support, protection, education and socialization required of parents, in accordance with the children's development (Alarcão, 2006), which, although not the object in this analysis, were also revealed in this study. Bos, van Balen, van den Boom, and Sandfort (2004) employed the term 'parental justification' to refer to these parents' need to prove the quality of their parenting to others, for example, by devoting more attention to their children than other parents do in anticipation of society's negative reactions.

Some participants referred to strategies and reflections at this level that began with their coming out and the dissolution of their previous different-sex marriage: 'My daughter was very small and would be raised by two women. [I read] a book; that's where I got a lot of it' (SB, *PHR*). Others referred to the process of deciding to have children: 'It's no wonder that gays and lesbians, in general, think much more than a heterosexual couple before having a kid (...) because they know they'll be under society's magnifying glass. And I think it would be almost irresponsible not to understand this' (F, *LMB*). The subthemes are set out below.

Openness and assertiveness with others

In the first sub-theme participants noted the need to be open with others regarding their family, aware of the message they would send their children if they were not. One of the lesbian biological mothers mentioned, 'If we don't start to share this too, it will be much harder for her [his daughter]. We set the example; she really must see we're comfortable with this' (A, *LBM*).

Another participant, who became a mother in the context of a former heterosexual relationship, also said that keeping secrets would not be positive for the family: 'There's nothing worse than a child (...) having to keep a secret' (SB, *PHR*). The needs of the children seem to be crucial to these parents' decisions regarding coming out, in the sense of creating an environment of openness with others. And as one of the participants noted, openness begins with self-acceptance as a buffer against social scrutiny and discrimination (Prendergast & MacPhee, 2018):

'I think a person who's in the position I was in five years ago [not ready to come out] shouldn't take this on (...) [We need] to show the world that people like me have all the skills and then some to be able to raise children' (CS, *LBM*).

Another participant also referred to opening up to the outside world as an ongoing active task (Oswald, 2002) but one that is necessary to guarantee her rights and the rights of her children. In this context, the parental self-efficacy and sense of agency seem to have been determinant (Prendergast & MacPhee, 2018):

'[In one of the schools], we sat at the principal's desk, and when they gave us the card to fill out, it asked for "name of the father, name of the mother". We answered right away, "This child has no father; it has two mothers. What

should I do, scratch out where it says father and put mother?" You have to inform people of things and give them room to ask questions (...), but this is not asking for permission (...) I don't need anyone's blessing to demand that my rights and, essentially, the rights and guarantees of my children be respected. And I think this attitude has also made a difference' (F, LBM).

Anticipating/managing children's questions/experiences regarding their family

Parallel to the openness with the outside world, participants referred to investing in the anticipation and management of their children's questions and experiences in an age-appropriate manner by providing information regarding their family and how it might be perceived by others, alerting them to possible incidents (Golberg, 2010):

'Throughout their lives, there will be the confrontation with the question of not having the traditional family. Whether in school, or with their friends, or at university, or on the street (...) We expect they'll start to ask us questions. [We'll] try to explain in an age-appropriate way' (M, LBM).

Meeting a strategy adopted by R (PHR), these concerns include the parents' respect by the level of openness desired by the children in relation to their family, particularly in adolescence: 'For better or for worse, I decided to avoid showing up in places where he hangs out with his [teenage] friends'.

Additionally, the participants talked about the measures they have taken to compensate for the family's lack of legal standing (Oswald, 2002), particularly with regard to non-recognition of the non-biological mother in planned lesbian families. Thus, one of the mothers mentioned that 'just to be safe in the future, her [the partner's] brother is registered as the father' (A, LBM). In order to secure the children's future, another participant also said,

'At this time, the other person [the other mother] has no legal authority over the children (...) So if something happens to me, the children won't have a right to anything. We would most likely have to make wills or donations to each other now, while we're alive, to be able to secure [their future]' (M, LBM).

Building resilience in children

This set of intentional strategies that focused on the development of family resilience (Walsh, 2016) seemed to culminate in the empowerment of children by reinforcing their strengths and resources to face potential social stigma (Prendergast & MacPhee, 2018). As two participants mentioned, 'Of course, lesbian and gay parents, and thinking of myself too, have additional concerns that other parents don't have, [of] preparing their children for the less positive looks they'll get from society' (SB, PHR); 'Since it's already difficult for me (...) I try to give them strength (...) [to] build up their defenses' (R, PHR).

And how do the participants do/intend to do it? By preparing children to talk with others about their family—'They [children] will need to have their own explanations ready' (SM, LNBM)—and teaching them respect for diversity—'Telling stories, I always try to point out differences and show her we must respect differences [in people]' (CS, LBM); 'we try to promote the idea that there are other kinds of families' (C, LNBM).

Some participants also noted the importance of providing opportunities for contact with other same-sex families as another protective factor that can mitigate the potential negatives effects of stigmatization (Prendergast & MacPhee, 2018):—'No wonder I feel it's important for my kids to meet other children who have two fathers, two mothers' (F, LBM); 'we try to give [our daughter] opportunities to play with children who have two mothers' (A, LBM).

Valuing the presence of gender role models

Our analysis also revealed the value placed on the presence of gender role models, particularly for the lesbian planned families (for both girls and boys): '[Her godfather] is a male reference figure for her and very important to her. And to us' (C, LNBM); 'We think it's important for the boys to have male figures present in their lives; we arrange for that to happen' (M, LBM); 'we discuss these issues as a couple; there will always be male figures around' (SM, LNBM).

In addition to actively searching out contacts with other same-sex families, valuing the presence of gender role models can serve as another way to obtain support for the family (Oswald, 2002), and, possibly, manage the cultural anxiety about the effects of the opposite sex parent absence on children's psychosexual development (Clarke, 2001; Goldberg, 2010).

Negotiating the name by which each mother/the stepparent will be called

Finally, along with intentional actions, reflection has also emerged about the language used to 'constitute' the family as another way to address the fact that the family is not recognized by the outside world (Oswald, 2002). The couple bond/relation seems to have an important role in this meaning-making process (Prendergast & MacPhee, 2018), as seemed to be the case of one of non-biological mothers' experiences:

‘[Although] the fact that she [the other mother] gave birth (...), I still feel like I’m a mum too (...). I shouldn’t have to legally be the aunt, you know? [on the child’s birth registration, they named her brother as the father]. It’s something that bothers me; it devalues my role in terms of society, and I don’t think that’s fair. But I don’t let it devalue my role here at home (...) And it works because I have a supportive partner (...) that says, “you are as much a mother as I am”’ (C, *LNBM*).

The other non-biological mother specifically stressed the need for thinking about the name by which each mother will be addressed, concluding that the choice will end up being what feels ‘comfortable’ for the family: ‘They [children] are the ones who’ll end up choosing; it has to feel comfortable, maybe, at home, and then other people will get used to it’ (SM, *LNBM*). On the one hand, that preparation appears to refer to the construction of parental identity as well as to conveying this relationship to children, particularly for the non-biological lesbian mothers (Bos, 2013); conversely, such preparation and meaning making also appears to be a component of negotiating relations between family and society, perceived as necessary in light of the challenges facing so-called non-traditional families (Oswald, 2002; Prendergast & MacPhee, 2018).

The experience of one of the participants who had children in a former heterosexual relationship motivated this reflection. Referring to the relationship of the children with her current partner, she said, ‘They call her aunt. It was their decision (...) they felt awkward addressing her by her name’ (SB, *PHR*). Tasker (2013) also noticed this reflection in these specific families: once more, defining the name, and eventually, the role that the same-sex partner will assume both within and outside the family.

In sum, aware of the realities and the potential negative effects of heterosexism and discrimination, the participants describe and reflect about several internal and external resources that may be important to adapt themselves, their children and their family system to adversity (Goldberg, 2010; Prendergast & MacPhee, 2018). Assuming an increased responsibility in parenting, they balance self-acceptance and pride in one’s family structure with public disclosure, and also inoculating their children in resilience. In line with the model proposed by Prendergast and MacPhee (2018), the sense of parental efficacy, the quality of couple relation and social support, as well as the development and mobilization of family regulatory factors such as communication/negotiation, adaptability, monitoring, involvement and meaning making process, were acknowledged as relevant protective factors by these parents.

CONCLUSIONS

The studies regarding these families in Portugal are scarce, hence this study aimed to contribute to the body of knowledge through an in-depth analysis, based on interviews, of the perspectives and experiences of seven lesbians and one gay man who were mothers/father in the context of a previous heterosexual relationship ($n = 2$) or in a planned lesbian family ($n = 6$). This analysis is of particular interest in view of the specific features of the social context surrounding same-sex parenting, and the fact that there is no single way for families to cope with the challenges they face (Walsh, 2016).

The challenges experienced in a context generally perceived to be somewhat hostile appear to have been considered by our participants as promoters of (self-)mobilization of ‘extra’ forces and resources to ensure both social validation/affirmation and the family’s well-being. In this sense, the participants mentioned intentional actions and reflections around constructions of meaning (Oswald, 2002; Prendergast & MacPhee, 2018), such as (a) openness and assertiveness with the outside world, (b) anticipation and management of their children’s questions and experiences in an age-appropriate manner, (c) empowerment of children by reinforcing strengths and defenses to face potential social stigma, (d) widening family social network in terms of gender role models and other same-sex families, and (e) reflections about language used to ‘constitute’ the family in a hostile social context.

Although participants refer to common experiences, their accounts also seem to suggest the importance to consider the heterogeneity of same-sex families based on their history. More specifically, the particularities around the construction of the parental identity of the non-biological mothers in lesbian planned families (cf. Bos, 2013), and the experiences of both parents and children in post-heterosexual divorce/separation situations (cf. Tasker, 2013).

Although they cannot be generalized, these results may offer a resource for both families and professionals in the formal support network at a time when same-sex parenting can be expected to achieve greater visibility because of legal changes that have occurred in Portugal. Recognizing social challenges to be a vulnerability factor, participants referred to protective factors (Prendergast & MacPhee, 2018; Walsh, 2016), which, in addition to being mobilized by families, should be promoted by those who work in this field.

Concerning families, and also people that may be weighing a parenting project, it should be clearly stated that, in accordance to research, despite stigma and discrimination against sexual minority population, same-sex families may be resilient and adjusted. In fact, all family configurations have their strengths and weaknesses (Prendergast & MacPhee, 2018). So, it’s important taking into account not only the risk factors — like how stigma and discrimination may impact self-acceptance and implicate an ongoing anticipating of stigma, all with potential effects on psychological well-being, both in parents and children — but also how they may be buffered. Returning to the experiences of the participants, investing in self-acceptance, in couple bond and/or in a social network of support in order to recruit/expand emotional and instrumental support, immediately in the transition to parenthood

or even during the decision process of having children (e.g., with other same-sex families, but also with families and parents in general), may be important factors to consider, parallel to the development of coping strategies that may be, then, modeled to children. Those strategies integrate family communication, reflection, negotiation and problem solving, adaptability, and meaning making process, such as the reflections around the narratives and language used to define family identity (e.g., the names by which each parent will be called, and how to tell the family history to others).

For its part, professionals must reflect on the influence of personal beliefs in this matter and use scientific evidence when working with these families (Xavier et al., 2017). In the face of heterosexism and discrimination, they have the responsibility to transform the reality and optimize the responses/services that same-sex families can turn to if/when needed. Maintaining an ecological approach (Bronfenbrenner, 1986; Goldberg, 2010; Prendergast & MacPhee, 2018; Walsh, 2016), they should (a) support families in contextualizing their situation, considering their specific circumstances (e.g., the route to parenthood) and helping them recognize and manage both individual, couple and family experiences resulting from the challenges posed by the outside world; (b) facilitate the construction of informal support networks by, for example, promoting meetings among same-sex-parent families as a way to expand instrumental support (e.g., by exchange of information and provision of advice) and support the construction of family identity; and (c) considering stigma and discrimination as social problems that need to be solved, contribute to creating a positive environment in the context of the formal network in which families circulate, such as schools, health services, work places, and the legal system, among others, investing in raising awareness of this issue in society.

There are limitations to this study that require acknowledgement, namely, the sample size, which is small and includes diverse routes to parenthood. It should be emphasized, however, that studies have made use of IPA with a variable number of participants, ranging from one to fifteen or more and that the objective is to conduct a deep analysis of perspectives and the meanings that individuals attribute to their personal and social worlds (Smith & Osborn, 2008). The sample primarily comprised women and people with university degrees who volunteered to participate in the study, limitations that have also been noted in other studies (cf. Goldberg, 2010). Given the social context surrounding these families in Portugal, it is important to ask whether the results would be the same if the participants faced more difficulty affirming the family's identity to the outside world, for example, compared with the degree of openness revealed by our participants (Goldberg, 2010).

Further studies are necessary, both qualitative and quantitative, with a view to a deep knowledge and social and professional sensitization and respect for different family configurations. In future studies, in addition to extending this study to more families and other family members, such as children, it will be important to identify how the perspectives and meanings constructed by lesbian and gay parents change or remain the same considering the legislative changes that recently occurred in Portugal.

REFERENCES

- Aboim, S., Costa, C., & Gomes, N. (2012, julho). Famílias LGBT e políticas públicas. Comunicação apresentada no Seminário Políticas Públicas e Novas Parentalidades organizado pelo Observatório das Famílias e Políticas de Família, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Alarcão, M. (2006). (Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Bos, H. (2013). Lesbian-mother families formed through donor insemination. In A. Goldberg & K. Allen (Eds.), *LGBT-parent families. Innovations in research and implications for practice* (pp. 21–37). New York, NY: Springer Services+Business Media.
- Bos, H., van Balen, F., van den Boom, D., & Sandfort, T. (2004). Minority stress, experience of parenthood and child adjustment in lesbian families. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(4), 291–304. DOI: 10.1080/02646830412331298350
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723–742.
- Clarke, V. (2001). What about the children? Arguments against lesbian and gay parenting. *Women's Studies International Forum*, 24(5), 555–570. DOI: 10.1016/S0277-5395(01)00193-5
- Costa, P. A., & Bidell, M. (2017). Modern families: Parenting desire, intention, and experience among Portuguese lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Family Issues*, 38(4), 500–521. DOI: 10.1177/0192513X16683985
- Costa, P. A., Caldeira, S., Fernandes, I., Rita, C., Pereira, H., & Leal, I. (2013). Atitudes da população Portuguesa em relação à homoparentalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 790–798. DOI: 10.1590/S0102-79722013000400020
- Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. (2015). "The contact hypothesis" and attitudes toward same-sex parenting. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(2), 125–136. DOI: 10.1007/s13178-014-0171-8
- Gato, J. (2016). Beyond comparison: New trends in research with families with GLB members in Europe. *Journal of GLBT Family Studies*, 12(1), 1–4. DOI: 10.1080/1550428X.2016.1127095

- Gato, J., & Fontaine, A. M. (2016). Attitudes toward adoption by same-sex couples: Effects of gender of the participant, sexual orientation of the couple, and gender of the child. *Journal of GLBT Family Studies*, 12(1), 46–67. DOI: 10.1080/1550428X.2015.1049771
- Gato, J., & Fontaine, A. M. (2017). Predicting attitudes toward lesbian and gay parent families among Portuguese students from helping professions. *International Journal of Sexual Health*, 29(2), 187–201. DOI: 10.1080/19317611.2016.1268232
- Goldberg, A. E. (2010). *Lesbian and gay parents and their children: Research on the family life cycle*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. In D. A. Hope (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol. 54. Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65–111). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Johnson, S. M. (2012). Lesbian mothers and their children: The third wave. *Journal of Lesbian Studies*, 16(1), 45–53. DOI: 10.1080/10894160.2011.557642
- Lei No. 2, fevereiro 29, 2016. (2016). Elimina as discriminações no acesso à adoção, apadrinhamento civil e demais relações jurídicas familiares.
- Lei No. 9, maio 31, 2010. (2010). Permite o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo.
- Lei No. 17, junho 20, 2016. (2016). Alarga o âmbito dos beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 32/2006, de 26 de julho.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (OPP). (2013). *Relatório de evidência científica psicológica sobre relações familiares e desenvolvimento infantil nas famílias homoparentais*. Lisboa: Autor.
- Oswald, R. F. (2002). Resilience within the family networks of lesbians and gay men: Intentionality and redefinition. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 374–383.
- Prendergast, S., & MacPhee, D. (2018). Family resilience amid stigma and discrimination: A conceptual model for families headed by same-sex parents. *Family Relations*, 67(1), 26–40. DOI: 10.1111/fare.12296
- Ramos, V., Atalaia, S., & Cunha, V. (2016). *Vida familiar e papéis de género: Atitudes dos Portugueses em 2014*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Smith, J., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (2ª ed., pp. 53–80). London, UK: Sage.
- Tasker, F. (2013). Lesbian and gay parenting post-heterosexual divorce and separation. In A. E. Goldberg & K. Allen (Eds.), *LGBT-parent families. innovations in research and implications for practice* (pp. 3–20). New York, NY: Springer Services+Business Media.
- Walsh, F. (2016). Foundations of a Family Resilience Approach. In F. Walsh, *Strengthening Family Resilience* (3ª ed., pp. 3–21). New York, NY: Guilford Press.
- Xavier, P., Alberto, I., & Mendes, F. (2015). Homoparentalidade: da abordagem científica aos normativos legais em Portugal. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 179-188. DOI: 10.1590/1807-03102015v27n1p179
- Xavier, P., Alberto, I., & Mendes, F. (2017). Same-sex parenting: Identification of social representations in a sample of Portuguese professionals. *Journal of Homosexuality*, 66(2), 274-296. DOI: 10.1080/00918369.2017.1400314

Millenium, (ed espec nº5), 75-83.

pt

A TABLOIDIZAÇÃO NOS JORNAIS DIÁRIOS GENERALISTAS PORTUGUESES
TABLOIDIZATION IN THE PORTUGUESE GENERALIST DAILY NEWSPAPERS
LA TABLOIDIZACIÓN EM DIARIOS PORTUGUESES GENERALISTAS

*Joana Martins*¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação, Viseu, Portugal

Joana Martins - jmartins@esev.ipv.pt



Autor correspondente

Joana Martins

Escola Superior de Educação de Viseu

Rua Maximiano Aragão

3504 - 501 Viseu Portugal

jmartins@esev.ipv.pt

RECEBIDO: 10 de março de 2020

ACEITE: 18 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: O fenómeno da tabloidização dos media, assente no predomínio de conteúdos leves, domínio do visual e hiperconcorrência tem uma expressão mais acentuada face às pressões comerciais que cercam o setor dos meios de comunicação social.

Objetivos: Avaliar as capas dos quatro jornais diários generalistas portugueses durante um ano, de modo a compreender se as características formais da tabloidização têm expressão nestes periódicos.

Métodos: Através de uma análise direta de 54 capas de cada diário, e com base no esquema proposto por Colin Sparks (2000), quantificámos o número de destaques e de imagens nas primeiras páginas e categorizámos esses destaques face ao enfoque (público ou privado) e face à temática (leves ou sérias).

Resultados: Concluimos que o *Correio da Manhã* e o *Jornal de Notícias* são os títulos de imprensa onde as características do fenómeno da tabloidização são mais visíveis. Em sentido contrário, o *Jornal i* e o *Público* são os diários que apresentam menos indícios de tabloidização.

Conclusões: A tabloidização está presente de forma mais visível nos dois jornais diários generalistas que são líderes de mercado, o que vai ao encontro da corrente que defende que o tratamento jornalístico de temáticas mais leves pode ser uma forma de contornar a crise dos media.

Palavras-chave: tabloidização; notícias sérias; notícias leves; jornais; informação

ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of media tabloidization, based on the predominance of light news, increase of the visual and hyper-concurrence, is more pronounced in face of the economic pressures surrounding the media sector.

Objectives: To evaluate the front pages of the four Portuguese generalist daily newspapers during a year, in order to understand whether the formal characteristics of tabloidization have any expression in these periodicals.

Methods: Through a direct analysis of 54 covers of each diary, and based on the scheme proposed by Colin Sparks (2000), we quantified the number of news and imagens on the front pages and categorized them in terms of the focus (public or private) and the theme (light or hard).

Results: We concluded that *Correio da Manhã* and *Jornal de Notícias* are the press titles in which the singularities of the tabloidization phenomenon are most visible. On the contrary, *Jornal i* and *Público* are the newspapers with the least signs of tabloidization.

Conclusions: Tabloidization is more visible in the two generalist daily newspapers that are market leaders, which confirms the idea that argues that the journalistic treatment of lighter themes may be a way to overcome the economic media crisis.

Keywords: tabloidization; light news; hard news; newspapers; information

RESUMEN

Introducción: El fenómeno de la tabloidización de los medios, basado en el predominio del contenido ligero, el dominio de lo visual y la hipercompetencia, es más pronunciado frente a las presiones comerciales que rodean al sector de los medios.

Objetivos: Evaluar las primeras páginas de los cuatro diarios generalistas portugueses durante un año, a fin de comprender si las características formales de la tabloidización tienen alguna expresión en estas publicaciones periódicas.

Métodos: A través de un análisis directo de 54 ediciones de cada diario, y en base al esquema propuesto por Colin Sparks (2000), cuantificamos el número de noticias e imágenes en las primeras páginas y los clasificamos en términos del enfoque (público o privado) y del tema (leve o serio).

Resultados: Concluimos que el *Correio da Manhã* y el *Jornal de Notícias* son los títulos de prensa donde las singularidades del fenómeno de tabloidización son más visibles. Por el contrario, el *Jornal i* y *Público* son los periódicos con menos signos de tabloidización.

Conclusiones: La tabloidización es más visible en los dos diarios generalistas que son líderes del mercado, cumpliendo con la idea de que el tratamiento periodístico de temas más ligeros puede ser una forma de sortear la crisis de los medios de comunicación.

Palabras Clave: tabloidización; noticias ligeras; noticias serias; diarios; información

INTRODUÇÃO

A linguagem dos *media* tem vindo a sofrer alterações, desde o início da história da imprensa até à era digital. Com o assoberbar das questões empresariais e de rentabilidade económica, a imprensa escrita viu refletidas essas lógicas no interior das redações, o que, por vezes, se traduz em estratégias sensacionalistas próprias de um período caracterizado por uma hiperconcorrência entre os *media* (Charron e Bonville, 2004).

Brin, Charron e Bonville (2004) identificaram quatro períodos na história do jornalismo norte-americano, que traduzem as transformações verificadas no setor, desde a invenção da imprensa. Para os autores vigora, atualmente, o paradigma do jornalismo de comunicação, face ao surgimento de novos mercados, inovações técnicas, liberalização dos mercados e multiplicação das plataformas mediáticas. Esta tendência, verificada a partir da década de 70 e 80 do século XX, e consonante com a escalada da competitividade entre os *media*, leva a preocupações em torno da diferenciação das mensagens, bem como à proliferação da subjetividade do discurso jornalístico, a par com a incorporação na notícia de cada vez mais comentários e juízos de valor. Segundo os autores, ficção e realidade misturam-se, a anedota pode adquirir o *status* de um evento e a informação torna-se em entretenimento, adotando um tom de humor ou da proximidade de uma conversa familiar. Também a emoção e o discurso promocional são marcas deste jornalismo de comunicação. A crise económica nos *media* acentuou as estratégias de mercado e, mesmo do ponto de vista informativo, assistimos a fenómenos expressivos como a espetacularização ou a tabloidização, estudados por autores como David Rowe (2010), Thomas Patterson (2003) e Colin Sparks (2000). A designação, tabloide, originalmente, não significa mais do que o tamanho das páginas do jornal, mas ao longo dos anos o conceito expandiu-se e hoje em dia tem pouco a ver com o tamanho e está relacionado com a apresentação e estilo das notícias (Bird, 2009). O jornalismo que figura nos periódicos com formato tablóide traduz-se numa primazia dos acontecimentos menores, que antes pertenciam às colunas de mexericos (Rowe, 2010). O fenómeno de tabloidização dos *media* assenta, pois, no aumento do grau de sensacionalismo dos meios de comunicação social, na abreviação das notícias, na proliferação dos mexericos sobre celebridades e num predomínio do visual.

David Rowe nota que atualmente o mercado dos *media* está assente em estratégias comerciais, o que gera a ansiedade de ver os valores do mercado superar o interesse público, bem como o trivial suplantando a seriedade das notícias. Outros autores, como Thomas Patterson (2003), consideram que o predomínio de notícias leves se justifica pela necessidade de corresponder ao interesse das audiências.

A tabloidização dos meios de comunicação social tem sido estudada em países como os Estados Unidos da América (Sparks, 2000) ou Reino Unido (Conboy, 2011). Quisemos, pois, tentar compreender quais as marcas de tabloidização que existem nos jornais diários portugueses, procurando avaliar se as características do fenómeno estão presentes ou ausentes das suas primeiras páginas. Para a prossecução deste objetivo, começaremos por abordar a questão da tabloidização e da trivialização da informação e, posteriormente, faremos uma análise direta às capas dos quatro jornais no período de um ano.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tabloidização é hoje sinónimo do declínio dos meios informativos contemporâneos e do sacrifício da informação face à primazia do entretenimento (Rowe, 2010), mas não existe um consenso quanto à sua definição, sobretudo porque não existe concordância na visão do conceito como positivo ou como negativo (Bird, 2009). Vários autores concordam que se trata de uma categoria que assenta na trivialização do conteúdo dos meios de comunicação social em geral (Bird, 2009; Sparks, 2000; Rowe, 2010), mas enquanto termo que descreve os formatos de *media* e seu conteúdo, Turner (2004), por exemplo, considera-o impreciso e lato para ser utilizado como conceito analítico. O autor reconhece, no entanto, que é um termo convencionalizado para traduzir algumas das mudanças no conteúdo, consumo e produção dos *media*, nomeadamente face à comercialização patente na vida moderna e ao declínio dos valores tradicionais. Bird (2009) considera que é preciso tratar a tabloidização à luz das especificidades culturais, pois o mesmo fenómeno pode ter diferentes implicações. O facto de a tabloidização ter leituras diferentes e expressões diferentes, por exemplo, nos Estados Unidos da América e no Reino Unido (os primeiros evitam referências sexuais e os segundos são mais explícitos e verbais quando falam de sexo) é parte da explicação para a dificuldade em gerar uma definição única e clara do conceito.

Segundo Rowe (2010) as teorias sobre a tabloidização assentam em duas visões: a primeira defende que os meios de comunicação social se dividem hoje em tabloides e *media* de qualidade; e a segunda postula que o fenómeno da prevalência da trivialização da informação se manifesta em toda a sociedade, nomeadamente nos meios de comunicação social.

Entre as conceções mais negativas face à tabloidização, tal como explica Colin Sparks (2000), estão os autores para quem os *media* mais sérios estão a assumir os valores noticiosos dos tabloides, mudança que estes críticos atribuem à concorrência exacerbada pelo aparecimento das novas tecnologias e à prioridade dada aos lucros pelas empresas de *media*, que terá resultado num jornalismo orientado para o mercado. Apesar de se referir aos *media* norte-americanos, Sparks (2000) considera que muitas destas questões podem ser encontradas no panorama mediático europeu e que esta mudança significa, em termos práticos, que a denominada imprensa de qualidade aproximou-se da agenda dos tabloides, aumentando os conteúdos visuais, diminuindo o tamanho dos seus artigos e passando a cobrir um maior número de “notícias leves”.

Sparks lembra ainda que existe uma corrente de opinião que defende que o declínio do mercado dos meios de comunicação social levou à necessidade de encontrar soluções para o reverter. Em países como a Inglaterra, o tabloide é visto como a única forma de salvar as notícias da irrelevância a que estariam votadas, por parte da audiência. De acordo com esta perspetiva, não é certo que a imprensa

tabloide esteja menos preocupada com o rigor daquilo que reporta do que os jornais sérios (Sparks, 2000). Já Bird lembra que o facto de as notícias se tornarem mais diretas e acessíveis para os leitores não tem de corresponder, necessariamente, a um declínio da prática jornalística (Bird, 2009). Para a autora, a cobertura de temas triviais sempre fez parte do jornalismo e tem um papel cultural importante, até porque alguns destes temas garantem o futuro do jornalismo (Bird, 2009).

David Rowe elencou dez características gerais, a maioria das quais negativas, que, segundo grande parte dos autores que trataram o tema, define o que é um tabloide. Entre estas marcas gerais de tabloidização está o sensacionalismo e espetacularização das notícias, acompanhando pelo aumento da efemeridade, quer das celebridades mediáticas, quer das histórias informativas, a par com o declínio das fronteiras entre informação e entretenimento e a crescente obsessão e “fetichização” da celebridade e do estrelato (Rowe, 2000, p.82).

O autor elenca ainda algumas características da tabloidização do ponto de vista formal: 1) decréscimo de texto nas páginas principais (sinal de substituição de temas mais complexos por histórias mais simples); 2) aumento do tamanho das imagens (substituição da profundidade do texto pelo apelo da imagem); 3) um cabeçalho maior e mais espaços em branco (dão um aspeto mais limpo e reduzem a quantidade de texto); 4) manchetes maiores (sinais de sensacionalismo); 5) aumento do espaço dedicado aos anúncios (triunfo dos valores comerciais sobre os valores jornalísticos) (Rowe, 2010, p.353).

Por sua vez, Colin Sparks (2000) afirma que estes jornais prestam menos atenção à política, economia e sociedade e centram-se mais no desporto, escândalo e entretenimento. Além disso, o autor considera que o tabloide dá mais atenção às vidas pessoais e privadas das pessoas, quer celebridades quer anónimos, e menos atenção aos processos políticos, desenvolvimentos económicos e mudanças sociais. As diferentes correntes de opinião em torno da tabloidização comungam de uma mesma ideia: o predomínio das notícias leves, ou seja, as notícias “que não são sérias”, que são sensacionalistas ou mais centradas numa personalidade. Thomas Patterson considera que este tipo de cobertura dos acontecimentos traz prejuízos, nomeadamente porque as “notícias que salientam incidentes e assuntos que têm pouco a ver com questões públicas e que são selecionadas pela sua capacidade de chocar, ou de entreter, podem distorcer a percepção que as pessoas têm da realidade” e porque este tipo de notícias diminui “a qualidade da informação e do discurso público” (Patterson, 2003, p.22). MacDonald (200) também sublinha esta mudança, assente do abandono do traço do serviço público informativo, em prol do entretenimento e considera que ela é visível no distanciamento face às preocupações de cariz público e na aproximação ao lado privado e pessoal dos temas.

Vargas Llosa (2013), que pensou o jornalismo a partir da sua relação com a sociedade do espetáculo, afirma que a informação como instrumento de diversão abriu caminho à primazia do escândalo, da inconfidência, do mexerico, da violação da privacidade e até do libelo, da calúnia e das informações falsas, sobretudo em tratando-se de matérias que digam respeito a figuras públicas.

Colin Sparks esquematizou os dois eixos em torno dos quais os *media* se organizam (Figura 1), distinguindo a concentração na vida privada e, do lado oposto, a concentração na vida pública. No outro eixo encontramos a concentração na política, economia e sociedade *versus* a concentração no escândalo, desporto e entretenimento (Sparks, 2000). O jornalismo mais sério situar-se-ia no entre o eixo da vida pública e da política, economia e sociedade, enquanto o jornalismo tabloide ocuparia um espaço entre os eixos da vida privada e do escândalo, desporto e entretenimento. Claro que, como lembra o autor, este esquema não tem em conta o predomínio do visual, nem o aumento do espaço gráfico das manchetes ou as mudanças no layout dos jornais. Apesar desta dificuldade, Sparks defende que as dimensões do “sério/leve” e do “público/privado” são independentes dos meios técnicos utilizados.

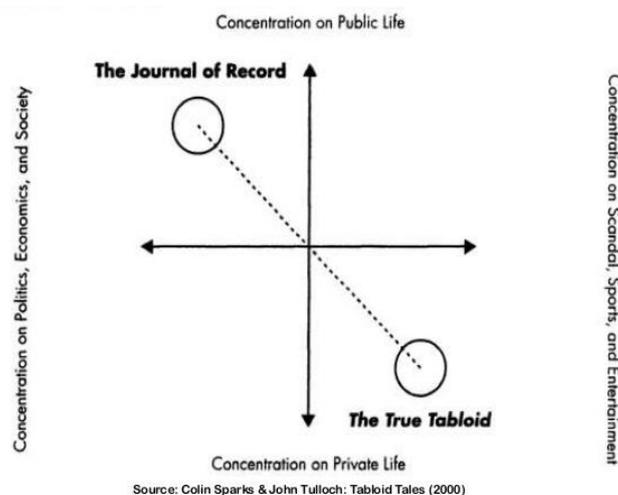


Figura 1 – Os dois ramos do jornalismo segundo Colin Sparks

Partindo deste esquema, Colin Sparks (2000, pp.13-15) distingue então cinco tipos de jornais, cada um dos quais posicionado num determinado espaço face aos dois eixos do jornalismo. Aquilo que o autor denomina como “imprensa séria” posiciona-se no canto superior esquerdo do esquema e concentra-se quase exclusivamente em assuntos políticos e económicos, bem como nas mudanças estruturais do mundo. Em segundo lugar encontramos a “imprensa semi-séria”, composta por jornais com alta concentração nos conteúdos privilegiados pela imprensa séria, mas com um número cada vez maior de notícias leves e dando cada vez mais ênfase à apresentação visual. Segue-se a denominada “imprensa séria-popular”, onde se posicionariam os jornais populares, que dão importância ao visual e contêm uma larga dose de escândalos, desporto e entretenimento, ainda que partilhando o mesmo inventário de valores-notícia dos jornais mais sérios. A “imprensa tablóide da banca de jornais”, assim chamada por estar lado a lado com os jornais mais sérios na banca onde ambos se vendem, trabalha de acordo com uma agenda que privilegia o escândalo, o desporto e o entretenimento, sendo menor o número de valores partilhado entre estes jornais e os jornais mais sérios. A diferença entre a “imprensa séria-popular” e a “imprensa tablóide de banca” é que esta última muitas vezes dá espaço a questões políticas sérias, mas aborda-as de uma perspetiva mais popular. Por último encontramos a “imprensa tablóide de supermercado”, numa alusão ao seu espaço de venda, e totalmente dominada pelo escândalo, desporto e entretenimento, partilhando muito esporadicamente a mesma agenda mediática da imprensa séria.

2. MÉTODOS

Partindo do gráfico de Colin Sparks e da ideia dos dois eixos do jornalismo, foi nossa intenção avaliar o impacto deste fenómeno nos jornais diários portugueses. Assim, decidimos analisar as primeiras páginas dos jornais *Correio da Manhã*, *Jornal de Notícias* e *Público*, durante um ano, contabilizando os temas em destaque nas capas e enquadrando-os nas categorias definidas por Sparks, avaliando cada destaque de capa em função de uma maior concentração na vida pública ou na vida privada, bem como de uma maior concentração na política, economia ou sociedade ou uma maior concentração no escândalo, desporto ou entretenimento. Uma vez que os teóricos da tabloidização consideram ainda uma maior tendência para a imagem e algumas mudanças gráficas no layout dos jornais, integrámos ainda nesta análise o número de imagens das capas e o total de destaques em cada edição.

2.1 Amostra

Para a definição da amostra aleatória considerámos apenas as edições de segunda a sexta-feira, uma vez que o *Jornal i* não se publica ao domingo e aos sábados tem uma edição especial de fim de semana. No ano de 2019 seleccionámos uma edição por cada dia de semana, começando numa segunda-feira. O primeiro dia de análise foi 7 de janeiro de 2019 e o último dia foi 26 de dezembro de 2019.

2.2 Instrumentos

Como instrumento de análise criámos uma tabela (Tabela 1), que visa categorizar os temas dos destaques de primeira página.

Tabela 1 – Categorias dos destaques de primeira página

Categoria	Definição
Vida Pública	Informação respeitante à vida pública como a informação que decorre da ação do indivíduo nos espaços de sociabilidade e da vida em comunidade.
Vida Privada	Informação respeitante à esfera íntima do indivíduo, nomeadamente à sua vida privada, afetiva e familiar.
Economia	Informação respeitante a questões de ordem económica ou financeira, empresas, emprego e desemprego, associações empresariais e todas as personalidades ligadas a estes temas enquanto fontes devidamente identificadas nesse sentido.
Política	Informação respeitante a pessoas ou instituições governativas nacionais, assim como Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, ou quaisquer órgãos autárquicos, bem como aos seus líderes e atores políticos, desde que devidamente identificados como fontes enquanto desempenhado esses mesmos cargos políticos.
Sociedade	Informação respeitante à vida em sociedade da cidade e dos cidadãos, entendendo-se aqui as histórias respeitantes aos cidadãos comuns, protestos, sindicatos, organizações e atividades profissionais desde que não pertençam a qualquer das outras categorias.
Desporto	Informação respeitante a todas as modalidades desportivas, seus dirigentes, atletas e associações.
Entretenimento	Informação respeitante a celebridades, enquanto personalidade que recebe atenção dos <i>media</i> , em graus variáveis consoante o estatuto alcançado e que atinge uma notoriedade pública que pode ser mais ou menos fugaz (Hartley, 2004). A categoria da celebridade está diretamente dependente da exposição mediática nos meios de comunicação social de massas (Boorstin, 2006; Cashmore, 2006; Marshall, 2006) e de uma narrativa ou história de vida que mereça o interesse destes meios (Gabler, 2001).
Escândalo	Informação respeitante a todas as ações ou acontecimentos que se situam na esfera da transgressão de valores e normas e que provocam uma resposta pública de desaprovação e revolta (Thompson, 2008). Considerámos aqui todos os crimes e casos de corrupção.

3. RESULTADOS

Analisámos um total de 54 edições de cada periódico, ou seja, 216 edições de jornais. Faremos, primeiramente, a análise jornal a jornal e, de seguida, procederemos à comparação entre os quatro títulos.

As 54 edições do jornal *Correio da Manhã* contêm uma média de 11,2 destaques de capa e uma média de 6,5 imagens por edição. Concluimos que 92% destes destaques dizem respeito a temas da vida pública e os restantes 8% prendem-se com a divulgação de informações da vida privada. Quanto à distinção por temas, concluimos que a maioria dos destaques se encaixa na categoria de desporto, escândalo e entretenimento. De facto, 56% das temáticas estão relacionadas com um destes temas, sendo que o desporto é a temática com maior número de chamadas, seguida do escândalo e, por último, o entretenimento. Os temas mais sérios ocupam, assim, 23% das primeiras páginas, maioritariamente com temas ligados à economia e sociedade. Os restantes 20% encaixam-se em outros temas.

No caso do *Jornal de Notícias* a média de destaques de capa nas 54 edições é de 10,8, enquanto a média de imagens se situa nas 4 fotografias por edição. Do ponto de vista da distinção entre público e privado, concluimos que 98% dos temas são de âmbito público, sendo residuais as temáticas que se referem à vida privada dos indivíduos. Já no prisma dos principais temas em destaque, 39% dos temas integram as categorias de escândalo, desporto e entretenimento, sendo a temática de desporto aquela que merece mais atenção por parte do *Jornal de Notícias*. 33% dos assuntos dizem respeito a economia, política e sociedade, temas com um tratamento equilibrado entre si. Os restantes 28% se integram em outras temáticas.

Das 54 edições do *Jornal i* que foram analisadas, concluimos que houve uma média de 7,2 destaques de primeira página em cada edição e as capas do periódico apresentam uma média de 1,8 imagens. Quanto ao binómio público/privado, a nossa análise mostra que 98% dos destaques dizem respeito a assuntos que se enquadram dentro da esfera pública. Já no que toca ao enfoque nos temas mais sérios, o *Jornal i* dedica 56% dos seus destaques às temáticas de política, economia e sociedade, sendo a política aquela que reúne maior atenção do diário. Os temas de escândalo, desporto e entretenimento representam apenas 14% das chamadas de capa do *Jornal i*, sendo de destacar a escassa presença de notícias sobre celebridades e sobre o mundo do desporto. Os restantes 30% pertencem à categoria outros.

Por último, pudemos aferir que no jornal *Público* existe uma média de 7,2 destaques de capa por cada edição. Já no que toca às imagens, a média é de 3,4. Do prisma da distinção entre público e privado, apenas um dos 394 destaques de primeira página do periódico diz respeito à vida privada. Quanto às temáticas, o *Público* destaca 58% dos seus temas de primeira página nas categorias de política, economia e sociedade, sendo que a distribuição entre as três categorias é equitativa, ainda que predominem as chamadas de política. Apenas 9% dos destaques se inserem no escopo de escândalo, desporto e entretenimento, sendo de realçar que é residual a presença de destaques na área de entretenimento. Os restantes 33% dizem respeito a outras temáticas.

4. DISCUSSÃO

A imagem gráfica dos quatro jornais (Figura 1), mostra a análise comparativa mostra que o *Correio da Manhã* e o *Jornal de Notícias* apresentam a média mais elevada, quer de destaques de capa, quer de imagens. Ainda assim, o *Correio da Manhã* destaca-se dos restantes três no que diz respeito ao uso da imagem. Já o *Público* e o *Jornal i* estão próximos, mas este último é o periódico que recorre menos às imagens.

Cruzando os resultados da nossa análise com as características formais da tabloidização, é importante considerar que o *Correio da Manhã* e o *Jornal de Notícias* são os periódicos onde existe um maior predomínio da imagem, expressão da substituição da profundidade do texto pelo apelo da imagem (Rowe, 2010).

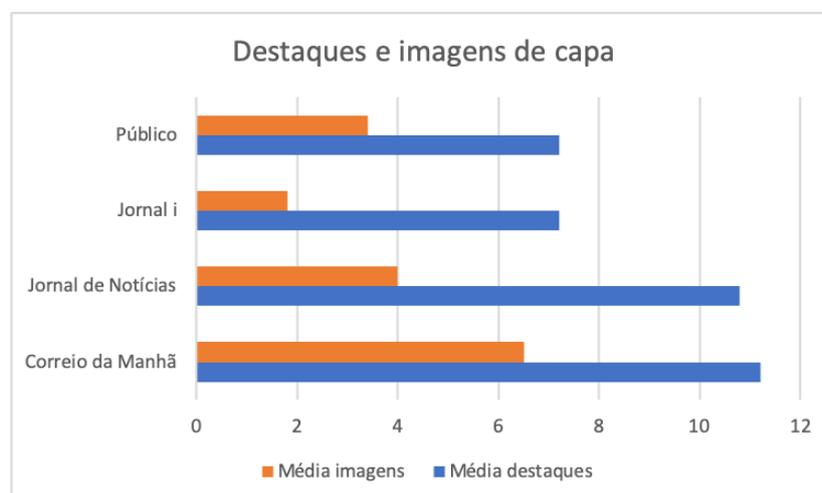


Figura 1 – Média de destaques de capa e média de imagens de capa nos quatro jornais

Considerando a distinção entre as esferas pública e privada (Figura 2), o *Correio da Manhã* é o jornal onde é mais visível o enfoque na publicação de notícias do foro privado, algo que nos restantes três jornais aparece de forma residual. Uma das justificações para esta diferenciação, prende-se com o facto de o *Correio da Manhã* destacar quase todos os dias, na sua capa, uma ou mais notícias da secção Vidas, a editoria onde o jornal trata sobre temas ligados ao mundo das celebridades. Acontece que, muitos desses destaques, dizem respeito à vida privada dessas mesmas celebridades. Do lado oposto, o *Público* conta com um único destaque da esfera privada, mais concretamente uma chamada sobre o enfarte de miocárdio que sofreu o guarda-redes Iker Casillas.

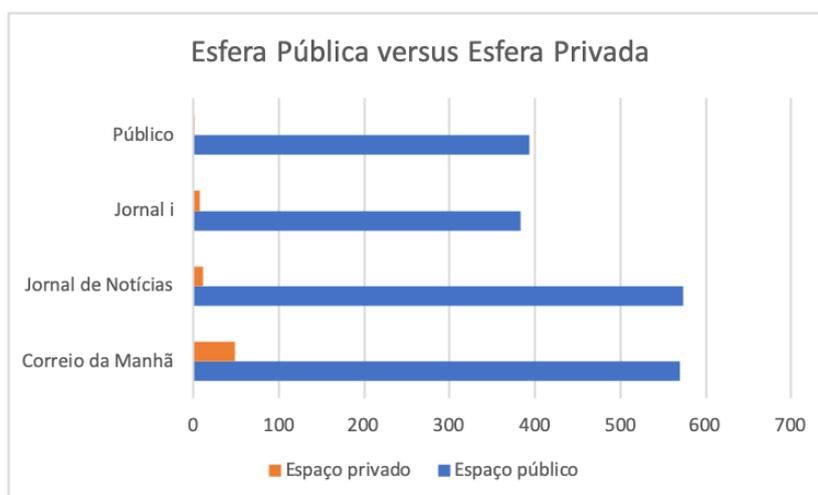


Figura 2 – Total de temas da vida pública e de temas da vida privada nas capas nos quatro jornais

Na comparação entre notícias sérias e notícias leves (Figura 3), o posicionamento dos jornais é distinto. O *Público* e o *Jornal i* são os que dedicam menos atenção às categorias de escândalo, desporto e entretenimento. Por sua vez, o *Jornal de Notícias* dá uma atenção similar às denominadas “hard news” e às “soft news”, ainda que as primeiras, relacionadas com política, economia e sociedade estejam em minoria. No *Correio da Manhã* as notícias leves são mais do que a soma dos temas sérios e da categoria “outros”, onde se inserem, por exemplo, notícias de cultura, ambiente, justiça ou tecnologia.

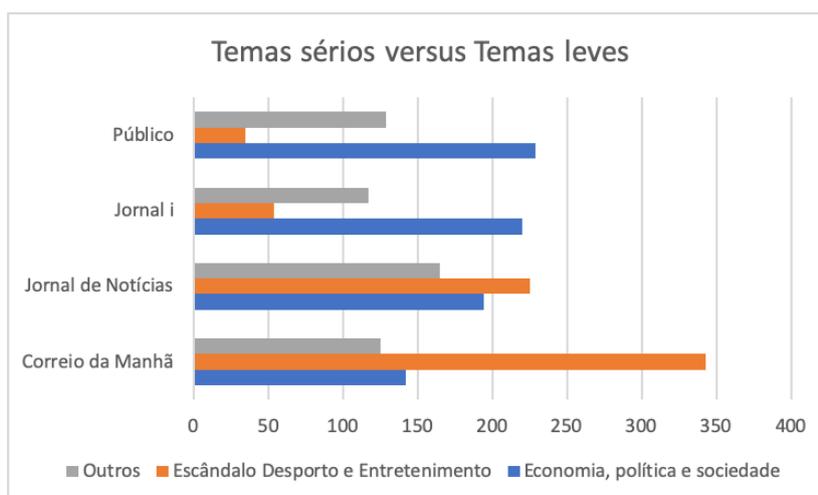


Figura 3 – Total de temas sérios e de temas leves nas capas nos quatro jornais

O predomínio das características de tabloidização no *Correio da Manhã* e no *Jornal de Notícias* confirma o que diz Sparks (2000), para quem os jornais tabloides são aqueles que têm maior circulação. Segundo os dados da Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação, o *Correio da Manhã* e o *Jornal de Notícias* registavam, no último bimestre de 2019, uma circulação impressa de 68.092 exemplares e de 37.849 exemplares, respetivamente. Já os números o jornal *Público* ficam nos 16.761. O *Jornal i* não se submete ao controlo da APCT, mas o seu site indica uma circulação média mensal na ordem dos 16 mil exemplares.

Cruzando os resultados desta investigação com os cinco tipos de jornais entre os dois eixos do jornalismo, podemos considerar que o *Jornal Público* e o *Jornal i* se encaixariam mais perto do canto superior esquerdo, entre a “imprensa séria” e a “imprensa semi-séria”. Ambos se concentram, de forma maioritária, em assuntos políticos, económicos e sociais e excluem o enfoque privado dos temas que destacam nas suas capas. Quanto ao *Jornal de Notícias* e *Correio da Manhã*, podemos posicioná-los mais perto do canto inferior direito, entre a “imprensa séria-popular” e a “imprensa tablóide de banca de jornais”. A imagem assume muita relevância em ambos os casos e a agenda de acontecimentos que faz capa privilegia os escândalos, desporto e entretenimento em relação às temáticas mais sérias.

Sparks (2000) faz uma distinção importante entre a “imprensa séria-popular” e a “imprensa tablóide de banca de jornais”, esclarecendo é que esta última muitas vezes dá espaço a questões políticas sérias, mas aborda-as de uma perspectiva mais popular. No caso do *Correio da Manhã*, registámos o tratamento de vários temas políticos e económicos, mas que por vezes assumem um registo mais sensacionalista, na medida em que são menos informativos. É o caso das chamadas de capa sobre impostos, das quais é exemplo a edição de 17 de outubro de 2019, em que a manchete, “Centeno aperta aumentos na função pública”, é acompanhada por uma caixa de fundo de cor preta, com uma imagem de Mário Centeno e a palavra “aumentos” escrita a vermelho. O caso da Operação STOP da GNR para cobrar dívidas fiscais fez capa nos quatro jornais a 29 de maio de 2019. No *Correio da Manhã*, onde as marcas de tabloidização são mais evidentes, a manchete diz “Fisco usa GNR para cobrar dívidas”, por cima de uma caixa de cor preta e vermelha. Comparando esta opção editorial com a capa do *Público* do mesmo dia, constatamos que, no diário com menos marcas de tabloidização, está uma chamada simples com o título “Fisco e GNR criticados por raide para cobrar dívidas”.

Sparks (2000) considera que hoje não há nenhuns, ou muito poucos jornais, que possam ser definidos como imprensa séria, visto que mesmo os periódicos mais sérios também dão espaço ao desporto e entretenimento. A nossa análise mostrou isso mesmo, visto que mesmo o *Público* e o *Jornal i* acabaram por dar atenção, ainda que reduzida, ao desporto, escândalo e entretenimento. Por outro lado, poucos são os jornais que se situam do lado oposto, ou seja, a denominada “imprensa tablóide de supermercado”, visto que todos acabam por cobrir temas mais sérios, da vida pública, ainda que numa perspectiva mais sensacionalista.

CONCLUSÕES

Vários autores defendem a ligação entre a tabloidização e o predomínio de estratégias comerciais como forma de responder à crise dos media (Rowe, 2010; Sparks, 2000). Um estudo recente de Quintanilha (2019), em torno dos resultados da Associação Portuguesa para o Controlo de Tiragem e Circulação, entre os anos de 2008 e 2017, confirma a agudização da crise da imprensa escrita, na medida em que regista uma diminuição de vendas em banca, que acompanha o decréscimo do volume de tiragens e de exemplares em circulação. Os dados mostram uma média de 787.482 exemplares vendidos, em média, mensalmente, no ano de 2008, assinalando que este número passou para 418.864 em 2017, o que se traduz numa perda de 47%.

A presente investigação mostra-nos que são precisamente os dois jornais diários com maior quota de mercado, o *Correio da Manhã* e o *Jornal de Notícias*, que integram de forma mais visível as características da tabloidização. Este resultado pode ser lido como um sinal de que estes diários são aqueles que correspondem melhor aos interesses das audiências e que o trivial suplanta a seriedade das notícias fruto de uma estratégia comercial e de uma necessidade de oferecer aos leitores aquilo que eles querem ler (Rowe, 2010; Patterson, 2003).

A tabloidização da informação pode ser encarada como uma tentativa para reverter a quebra de vendas dos jornais, em linha com a ideia de que o enfoque em temas mais populares, diretos e acessíveis responde diretamente a um interesse da audiência e salva as notícias da irrelevância a que estariam votadas (Sparks, 2000). De facto, a cobertura dos denominados temas sérios, que percebemos, com esta investigação, ser a estratégia dos jornais *i* e *Público*, não se reflete em número de leitores, na medida em que estes dois jornais juntos vendem metade dos exemplares do *Correio da Manhã*. Tal como refere Vargas Llosa (2013), o predomínio do sensacionalismo, do escândalo e até da catástrofe encontra paralelo com o interesse dos leitores e, ainda que alguns órgãos de comunicação social procurem fugir dessa “receita”, certo é que “o jornal ou programa que não comungue do altar do espetáculo corre hoje o risco de o perder [ao público] e dirigir-se apenas a fantasmas” (Vargas Llosa, 2013, p. 54).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APCT, Boletim Informativo (Jan/Dez 2019). Acedido em <http://www.apct.pt/analise-simples>.
- Bird, S. E. (2009). “Tabloidization: What is it, and does it really matter?”. In Zelizer, B. (ed.) *The Changing Faces of Journalism: Tabloidization, Technology and Truthiness*. Routledge, pp. 40-50.
- Boorstin, D. J. (2006) “From hero to celebrity: the human pseudo event”. In Marshal, P.D. (ed), *The celebrity culture reader*. New York and London, Routledge, pp. 72-90.
- Brin, C., Charron, J., & Bonville, J. (2004) “Introduction”. In Collete, B., Charron, J. e Bonville, J. (eds) *Nature et transformation du journalisme: théorie et recherches empiriques*. Laval, Les Presses Universitaires de Laval, pp. 1-33.

- Cashmore, E. (2006) *Celebrity / culture*. Nova Iorque, Routledge.
- Charron, J., & Bonville, J. (2004) “Le journalisme et le marché: de la concurrence à l’hyperconcurrency”. In Collete, B., Charron, J. e Bonville, J. (eds) *Nature et transformation du journalisme: théorie et recherches empiriques*. Laval, Les Presses Universitaires de Laval, pp. 292-293.
- Conboy, M. (2011) “Celebridade na cultura tablóide britânica”. In Cintra Torres, E. e Zúquete, J. P. (orgs.) *A vida como um filme: fama e celebridade no século XXI*. Alfragide, Texto Editores, pp. 123-148.
- Cornu, D. (1994) *Jornalismo e verdade: para uma ética da informação*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Hartley, J. (2004) *Comunicação, estudos culturais e media*. Lisboa, Quimera.
- MacDonald, M. (2003) *Exploring media discourse*. Nova Iorque, Oxford University Press.
- Marshall, P. D. (2006) “Intimately intertwined in the most public way: celebrity and journalism”. In Marshall, P. D. (ed), *The celebrity culture reader*. Nova Iorque e Londres, Routledge, pp. 315-323.
- Mota, J. (2017) “A Morte na Imprensa. A evolução no tratamento mediático da morte de figuras públicas”. (Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra).
- Patterson, T. E. (2003) “Tendências do jornalismo contemporâneo: estarão as notícias leves e o jornalismo crítico a enfraquecer a democracia?”. *Media & Jornalismo*, 2, pp. 19-47.
- Quintanilha, T. L. (2018) “2029 – o fim dos jornais em papel em Portugal? Um estudo longitudinal sobre os principais indicadores de desempenho no sector da imprensa escrita tradicional portuguesa”. *Observatório*, pp. 138-155.
- Rowe, D. (2010) “Tabloidization of news”. In Allan, S. (ed) *The routledge companion to news and journalism*. Oxon, Routledge, pp. 350-361.
- Rowe, D. (2000) “On going tabloid: a preliminary analysis”. *Metro*, 121/122, pp. 78-85.
- Sparks, C. (2000) “Introduction: the panic over tabloid news”. In Sparks, C. e Tulloch, J. (eds) *Tabloid tales: global debates over media standards*. Oxford, Rowman & Littlefield Publishers, pp. 1-40.
- Thompson, J. (2008) “A Nova Visibilidade”. *Matrizes*, pp. 15-38.
- Turner, G. (2006a) “Celebrity, the tabloid and the democratic public sphere”. In Marshall, P.D. (ed) *The celebrity culture reader*. Nova Iorque e Londres, Routledge, pp. 487-500.
- Turner, G. (2006b) “The mass production of celebrity: celestoids, reality tv and the demotic turn”. *International Journal of Cultural Studies*, 9(2), pp. 153-165.
- Turner, G. (2004) *Understanding celebrity*. London, Sage Publications.
- Vargas Llosa, M. (2013) *A civilização do espetáculo*. Quetzal, Lisboa.

Millenium, (ed espec nº5), 85-93.

pt

DESAFIOS DA DESINFORMAÇÃO E DAS FAKE NEWS: ESTUDO DE CASO COM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR
CHALLENGES OF MISINFORMATION AND FAKE NEWS: A CASE STUDY WITH HIGHER EDUCATION STUDENTS
DESAÍOS DE LA DESINFORMACIÓN Y DAS NOTICIAS FALSAS: ESTUDIO DE CASO CON ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Nídia Salomé Morais¹
Filomena Sobral¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação, Viseu, Portugal

Nídia Salomé Morais - salome@esev.ipv.pt | Filomena Sobral - filomena@esev.ipv.pt



Autor Correspondente

Nídia Salomé Morais

Escola Superior de Educação de Viseu

Rua Maximiano Aragão

3504 - 501 Viseu Portugal

salome@esev.ipv.pt

RECEBIDO: 27 de novembro de 2019

ACEITE: 09 de janeiro de 2020

RESUMO

Introdução: Na era da digitalização a sociedade, a comunidade científica e os futuros profissionais de comunicação social enfrentam desafios perante o fenómeno globalizado das *fake news*. Como lidar com a desinformação e combater o fenómeno?

Objetivos: O principal objetivo da pesquisa descrita neste artigo foi entender a perceção que um grupo de alunos do ensino superior tem acerca das *fake news* e da desinformação *online*.

Métodos: Trata-se de um estudo de caso que recorreu à aplicação de um questionário online e a um *focus group* para a recolha de informação. A amostra foi composta por 49 estudantes, do 2º ano, de um curso na área da Comunicação, no ano letivo de 2018/2019 e, para o *focus group*, foram selecionados 8 alunos.

Resultados: Os resultados enfatizam que os alunos estão familiarizados com a noção de *fake news* e com o que parece motivar as pessoas a criá-las e divulgá-las. Eles também conhecem algumas características específicas desse tipo de notícia e podem identificar sites que geralmente publicam histórias falsas. Os participantes revelam que a maioria das notícias manipuladas encontradas são divulgadas nas redes sociais e sugerem que as notícias e informações em que mais confiam são aquelas que podem ser obtidas na imprensa, rádio e televisão.

Conclusões: O estudo permitiu concluir que os alunos estão cientes do impacto negativo do fenómeno e que a educação é a melhor maneira de mitigar o impacto das *fake news*.

Palavras-chave: *fake news*; desinformação; estudantes; ensino superior; Portugal

ABSTRACT

Introduction: In the digital age, society, the scientific community and future media professionals meet challenges in the face of the globalized phenomenon of fake news. How to recognize them, deal with misinformation and combat the phenomenon?

Objectives: The main objective of the research described in this paper was to understand the perception that a group of higher education students have about fake news and online misinformation.

Methods: This is a case study that used an online questionnaire and a focus group to collect information. The sample consisted of 49 students of the 2nd year of Media and Communication in the 2018/2019 school year and for the focus group 8 students were selected.

Results: The results emphasize that students are familiar with the notion of fake news and what seems to motivate people to create and disseminate it. They also know some specific features of this kind of news and can identify websites that usually publish fake stories. Participants reveal that most of the manipulated news they find is disseminated on social media and suggests that the news and information they trust the most can be found in the press, radio and television.

Conclusions: The study concluded that students are aware of the negative impact of the phenomenon and that education is the best way to mitigate the impact of fake news.

Keywords: fake news; misinformation; students; higher education; Portugal

RESUMEN

Introducción: En la era de la digitalización, la sociedad y los futuros profesionales de los medios enfrentan desafíos ante el fenómeno globalizado de las noticias falsas. ¿Cómo lidiar con la información errónea y combatir el fenómeno?

Objetivos: El objetivo principal de la investigación descrita en este artículo es comprender la percepción que tiene un grupo de estudiantes de educación superior sobre noticias falsas y desinformación en línea.

Métodos: Este es un estudio de caso que utilizó un cuestionario en línea y un grupo focal para recopilar información. La muestra consistió en 49 estudiantes, del segundo año, del curso de Comunicación Social, en el año escolar 2018/2019 y para el grupo focal se seleccionaron 8 estudiantes.

Resultados: Los resultados enfatizan que los estudiantes están familiarizados con la noción de noticias falsas y lo que parece motivar a las personas a crearlas y difundirlas. También conocen algunas características específicas de este tipo de noticias y pueden identificar sitios web que generalmente publican historias falsas. Los participantes revelan que la mayoría de las noticias manipuladas que encuentran se difunden en las redes sociales y sugieren que las noticias y la información en las que más confían se pueden encontrar en la prensa, la radio y la televisión.

Conclusiones: El estudio concluyó que los estudiantes son conscientes del impacto negativo del fenómeno y que la educación es la mejor manera de mitigar el impacto de las noticias falsas.

Palabras clave: noticias falsas; desinformación; estudiantes; educación superior; Portugal

INTRODUÇÃO

No mundo de hoje, em que o estar *online* se assume como uma característica elementar da vida da maioria dos jovens estudantes portugueses, produzir e receber informações tornou-se um hábito comum e são múltiplas e variadas as formas como estas gerações digitais comunicam. Contudo, num contexto em que a desinformação *online* se afirma e sobretudo quando ganha relevo a disseminação de informações falsas, são cada vez maiores os riscos destes jovens serem manipulados por notícias que não são verdadeiras, rumores ou mentiras com objetivos económicos, políticos ou outros.

Se por um lado, a sociedade em rede impulsionada pela revolução tecnológica permitiu criar perfis digitais identitários, encurtar distâncias, flexibilizar a comunicação e proporcionar simultaneidade numa cultura altamente participativa (Cardoso, 2013); por outro lado revelou utilizações e comportamentos *online* que levantam questões para as quais ainda há poucas respostas. Com efeito, esta diversidade de meios e de ambientes digitais tem propiciado o incremento de notícias falsas, a divulgação de informações descontextualizadas e, de um modo geral, a disseminação de desinformação

A lógica vigente à criação de notícias falsas deriva da tentativa de manipular a opinião pública para variados fins e é principalmente através das redes sociais-que as histórias falseadas se propagam, atingindo milhões de utilizadores em pouco segundos (Esteves & Sampaio, 2019). Nem sempre é fácil identificar notícias falsas e a generalidade dos cibernautas está vulnerável a elas. Neste âmbito destaca-se o imperativo de alertar para o fenómeno. Ocorrem debates para promover a discussão sobre o tema e começam a despontar algumas iniciativas para tentar minimizar o impacto da desinformação. O Parlamento Europeu, por exemplo, aprovou uma resolução na qual defende medidas para reforçar a proteção de dados pessoais nas redes sociais e existem também vários sites para verificação de informação, como o FactCheck.org ou Agência Lupa. Em território português destaca-se o site o Polígrafo, anunciado durante a cimeira de tecnologia *Web Summit* 2019. E os mais jovens? Como se preparam para esta nova realidade? Que perceção têm das notícias falsas?

Verifica-se uma crescente preocupação da sociedade e da academia para compreender e estudar o fenómeno e é nesta dimensão investigativa que o presente estudo se posiciona. Assim, esta pesquisa, realizada junto de estudantes do ensino superior, teve como objetivo identificar as suas perceções sobre o fenómeno das *fake news*, bem como perceber o seu nível de confiança nas fontes de informação. Paralelamente, o estudo pretendeu entender que consciencialização possuem os estudantes acerca das notícias falsas e com que responsabilidade se posicionam perante o problema.

Neste âmbito, o presente texto começa por focar a conjuntura atual de divulgação de informação manipulada para, de seguida, enfatizar a apresentação de resultados obtidos num estudo de caso desenvolvido numa instituição portuguesa de ensino superior. Espera-se que a exposição e subsequente análise dos dados contribua para um melhor entendimento do fenómeno das *fake news*.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Embora não seja um conceito novo se tivermos em conta que sempre houve uma tendência para se apresentar informação falsa ou enganosa para tentar manipular a opinião pública, a verdade é que o termo *fake news* ganhou especial destaque aquando das últimas campanhas eleitorais que envolveram Donald Trump e Jair Bolsonaro.

Tentando situar e definir o conceito, Allcott & Gentzkow (2017) entendem que as *fake news* se referem a informação com total desrespeito pelos factos e têm a intenção de enganar os destinatários. Uma notícia deste tipo incorpora intencionalmente elementos falsos integrados no seu conteúdo, tendo os seus criadores como propósito principal enganar a opinião pública (Bakir & McStay, 2018). Na opinião de Gurba, Kaczmarczyk & Pajchert (2019) não se trata apenas de inventar uma informação e partilhá-la, pois uma fake new “(...) is not only information invented in its entirety, but also those that are based on misrepresentation or mix facts with fiction. (...) In the case of many fake news, some fragments of information are deliberately concealed or exaggerated, photographs or video recordings are manipulated or presented without considering their real context” (p. 6938).

Neste sentido, as informações falsas ou manipuladas geram comunicações equivocadas que se espalham rapidamente e que podem comprometer o funcionamento saudável da economia e da democracia. Segundo Ferrari (2018) esta proliferação de *fake news* resulta de um contexto de polarização política, que não favorece o debate racional nem o consenso; da descentralização da informação motivada pelo uso constante da Internet e do ceticismo geral em relação às instituições políticas e partidárias. Por outro lado, não podemos esquecer, como salienta Branco (2017), que “a arquitetura da rede propicia o compartilhamento irrefletido por causa do reforço dos estímulos” e, portanto, “Esta é a forma mais segura de garantir que um usuário ficará o maior tempo possível conectado, interagindo dentro dos limites da rede (da bolha, na verdade) onde ele se encontra” (p. 57). De facto, “The wide availability of user-provided content in online social media facilitates the aggregation of people around common interests, worldviews, and narratives” (Vicario et al., 2016, p. 554). Para além disso, de acordo com Branco (2017), num contexto de fluxo informacional vertiginoso, muitas das pessoas que partilham informação *online* fazem-no sem verdadeiramente terem lido o conteúdo, procurado fontes alternativas ou verificado os factos.

A proliferação deste tipo de notícias pode ter impactos negativos ao nível social na medida em que tal poderá potenciar cidadãos erroneamente informados (Bakir & McStay, 2018), que muitas vezes partilham informação nas redes sociais, aproveitando a facilidade e a rapidez proporcionada por estas tecnologias, sem terem lido verdadeiramente o seu conteúdo ou confirmado os factos apresentados. Tal como alerta Amaral (2016), tem vindo a verificar-se um aumento exponencial do consumo de informação

descontextualizada e desagregada através das plataformas de media sociais, pois, “*we have access to information so quickly nowadays that, before fact-checking happens, the news has been shared, liked, retweeted and believed by millions of people*” (s.p.).

Com efeito, o tema da desinformação *online* tem motivado preocupação por parte de diferentes entidades após se ter tornado matéria de discussão em 2016 depois das presidenciais norte-americanas, no âmbito das quais surgiram fortes indícios de que, alegadamente, entidades russas tinham tentado manipular opiniões de cidadãos americanos através das redes sociais (Esteves & Sampaio, 2019). Fenómenos como este são suscetíveis de semear a desconfiança das pessoas em relação aos meios de comunicação, pelo que as recomendações da União Europeia apontam no sentido de se apostar em quatro princípios fundamentais: (1) transparência, dando aos cidadãos informação fidedigna sobre as fontes noticiosas; (2) diversidade de fontes de informação; (3) credibilidade dos órgãos de informação e (4) inclusão, que prevê a necessidade de envolver todas as partes ativas no processo de combate às notícias falsas (European Commission, 2018).

Por sua vez, um estudo da Obercom (Cardoso et al., 2018) sugere três abordagens gerais perante o problema das *fake news*: (1) “Atuar através de políticas legislativas, de modo a resolver um problema considerado de cariz pública e de presença generalizada”, (2) “Permitir que as instituições privadas (e.g., Facebook) resolvam, através de regulação privada, os problemas de desinformação nos seus próprios espaços” e (3) olhar “para o problema da desinformação e manipulação das informações do ponto de vista psicossocial” (p. 21).

Sobressai, no entender de Branco (2017), que “o mais importante é investir em educação para aprender a distinguir com mais clareza informações falsas que circulam na internet” (p. 61), apoiando uma maior literacia digital e cidadania participativa. De facto, “Numa fase histórica em que a falta de literacia não se prende tanto com o analfabetismo, mas essencialmente com a capacidade em distinguir e avaliar as informações que nos rodeiam, este seria um aspeto importante a ter em conta pelas entidades políticas de forma a promover nos seus cidadãos um pensamento crítico e lúcido sobre o contexto info-comunicacional” (Cardoso et al., 2018, pp. 24-25).

Numa altura em que várias vozes defendem que “Escolas e Universidades precisam tomar para si a responsabilidade de discutir o tema com seus alunos” (Branco, 2017, p. 61) é justamente neste sentido que se posiciona o presente estudo, procurando perceber a perceção de jovens estudantes universitários sobre uma questão pertinente e atual.

2. MÉTODOS

Considerando que existem fortes indícios de que o fenómeno das *fake news* é atualmente um problema inquestionável no nosso quotidiano, entende-se pertinente o desenvolvimento de um estudo com o objetivo de se tentar identificar as perceções de um grupo de estudantes do ensino superior na área da comunicação sobre o tema.

Em termos metodológicos, o estudo enquadra-se num paradigma qualitativo de investigação, tendo-se optado pela implementação de um inquérito por questionário e pela realização de um *focus group* para a recolha de dados.

2.1 Participantes

Responderam ao questionário 49 estudantes do primeiro ciclo de estudos na área de comunicação, a maioria do género feminino e com idades compreendidas entre os 21 e os 23 anos. Destes elementos, oito participaram no *focus group*, dos quais cinco eram raparigas e três rapazes. Todos os participantes estavam matriculados no 2º ano do curso e tinham estatuto de estudante ordinário. Tratou-se de um grupo escolhido em função da área de estudos que frequentam e do ano de escolaridade no âmbito do curso – já não totalmente iniciantes no estudo dos meios de informação, mas ainda não completamente condicionados por constrangimentos de entrada no mercado de trabalho.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O questionário foi desenvolvido tendo como referência o disponibilizado pela Comissão Europeia no seu relatório ‘*Fake news and disinformation online*’ (Comissão Europeia, 2018) e era composto por 12 perguntas. Este instrumento de recolha de dados foi devidamente validado por especialistas na área no que diz respeito ao conteúdo, redação das questões e escalas utilizadas. Após pequenos ajustes, foi implementado com recurso à ferramenta gratuita Drive da Google, tendo estado disponível para resposta no período de 20 a 27 de maio de 2019.

Posteriormente, realizou-se o *focus group* com a finalidade de complementar os dados obtidos através do questionário e de promover a reflexão entre os participantes acerca do tema em análise, tentando, assim, confirmar os resultados do questionário. Neste sentido, o *focus group* foi orientado por um guião de 20 perguntas que visaram: i) perceber o que sabem os jovens sobre *fake news* e importância do tema, ii) identificar quais os media onde mais receiam ter acesso a *fake news* e iii) entender que soluções apontam para lidar com o problema.

3. RESULTADOS

Os resultados do questionário (Tabela 1) apontam no sentido de que grande parte dos estudantes se depara com *fake news* todos os dias (42,9%) ou pelo menos uma vez por semana (30,6%).

Tabela 1 – Frequência com que os estudantes visualizam *fake news*

	n	%
Todos os dias	21	42,9
Pelo menos uma vez por semana	15	30,6
Várias vezes por mês	13	26,5
Raramente ou quase nunca	0	0

Desafiados a definirem o conceito de notícias falsas, foi possível verificar que a maioria dos estudantes que participaram no *focus group* associa *fake news* a desinformação. De acordo com os registos, para os alunos presentes, *fake news* são notícias construídas de forma a misturarem factos reais com informação falsa para parecerem mais credíveis junto da opinião pública. Os estudantes consideram que o conceito está associado a manipulação e interesses de determinados órgãos de comunicação social e, para eles, significa desinformação, descontextualização e persuasão.

No que diz respeito à identificação de *fake news*, todos os participantes no *focus group* conseguiram nomear sites de *fake news* como “Bombeiros portugueses”, “Já foste”, “O Dioguinho”, “Tá feio” e inclusive uma das participantes afirmou que “No site Comunidade, Cultura e Arte eles têm uma tabela com todos os sites de *fakes news* de Portugal”. Na generalidade, os estudantes concordam que a forma mais fiável de identificar *fake news* é pesquisar sobre o assunto em vários órgãos de informação e entendem que, para além de ver o título, é importante ler o conteúdo da notícia, não ficando só pela superficialidade. Defendem também que as *fake news* podem-se identificar pelo tipo de redação textual, uma vez que a linguagem utilizada e adjetivação procura sustentar um determinado ponto de vista em benefício ou prejuízo de algo ou alguém.

Na generalidade, as opiniões manifestadas durante o *focus group* seguem a mesma tendência dos resultados obtidos no questionário, tendo todos os estudantes revelado já ter tido contacto com uma notícia que julgaram ser verdadeira e depois verificaram ser falsa, e maioritariamente nas redes sociais.

Os estudantes que responderam ao questionário (Tabela 2) colocam as redes sociais como um dos principais meios para a partilha de *fake news*: a maioria (81,6%) revela que vê muitas vezes partilhado esse tipo de notícias nas redes sociais. Já a televisão, os jornais e os vídeos de *Youtubers* parecem ser os meios que menos partilham notícias falsas, tendo a maioria dos participantes indicado que são poucas as vezes (69,4%, 63,3% e 59,2% respetivamente) que costumam visualizar *fake news* através desses meios.

Tabela 2 – Meios de partilha de *fake news*

	Muitas vezes		Frequentemente		Poucas vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Redes sociais	40	81,6	8	16,3	1	2,0	0	0
Através de vídeos de Youtubers	4	8,2	13	26,5	29	59,2	3	6,1
Nos jornais que costumo ler	2	4,1	4	8,2	31	63,3	12	24,5
Em canais de televisão	2	4,1	9	18,4	34	69,4	4	8,2

No *focus group*, quando questionados acerca dos modos de propagação de *fake news*, embora a maioria dos participantes seja unânime em concordar que é através das redes sociais que mais se verifica a divulgação de factos falsos, indicou também, como fonte de disseminação de *fake news*, grupos mais restritos do círculo de amigos ou familiares, como nos grupos de *whatsapp*. Como afirma uma das participantes: “eu acho que é através de redes sociais, mas quero também realçar o facto de serem muito propagadas através de grupos de pessoas que nos são próximas e, por isso, tendemos a acreditar mais facilmente”.

As respostas dos estudantes ao questionário (Tabela 3) revelam que a grande maioria sente confiança nas informações que recebe através da rádio (83,7%), da televisão (75,5%), dos jornais e/ou revistas impressas (75,5%) e dos *podcasts* (63,3%). Curiosamente, na sessão de *focus group*, a imprensa foi apontada, de forma unânime entre os participantes, como sendo o meio mais credível quando questionados acerca dos meios de informação em que mais confiam para se informarem.

Tabela 3 – Grau de confiança nos meios de comunicação

	Confio totalmente		Confio		Desconfio		Desconfio totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jornais/revistas impressos	6	12,2	37	75,5	5	10,2	1	2,0
Jornais/revistas online	3	6,1	20	40,8	25	51,0	1	2,0
Redes sociais	1	2,0	3	6,1	36	73,5	9	18,4
Apps de messaging (whatsapp, etc.)	1	2,0	13	26,5	23	46,9	12	24,5
Televisão	5	10,2	37	75,5	7	14,3	0	0
Rádio	6	12,2	41	83,7	2	4,1	0	0
Websites	0	0	18	36,7	31	63,3	0	0
Podcasts	0	0	31	63,3	18	36,7	0	0

Durante o *focus group*, os estudantes deram enfoque especial a duas publicações portuguesas – o jornal Expresso e o jornal Público – como os jornais em que mais confiam porque são os mais seletivos, têm mais tempo para confirmar a informação e são rigorosos. Manifestaram, ainda, convicção de que quando a imprensa erra, pública imediatamente uma informação acerca disso, retificando os factos e informando os leitores, o que lhe confere não só sentido de responsabilidade e, ao mesmo tempo, maior credibilidade. Por outro lado, entre as notícias que geram maior desconfiança, as respostas ao questionário colocam em primeiro lugar as notícias partilhadas nas redes sociais (73,5%), seguindo-se as dos websites (63,3%), as dos jornais e das revistas online (51%). Também as *apps* de *messaging*, como o *whatsapp*, são vistas pelos estudantes como sendo pouco confiáveis (46,9% desconfia e 24,5% desconfia totalmente).

Como futuros profissionais de comunicação social estes jovens estão atentos ao fenómeno e apostam na ética e deontologia para evitar divulgar informação falsa. Os níveis baixos de literacia digital dos utilizadores são, na opinião da grande maioria dos participantes (71,4%), um dos principais motivos para propagação de notícias falsas (Tabela 4). Na perspetiva de 69,4%, as redes sociais também contribuem para essa divulgação pelo facto de permitirem a agregação de notícias provenientes de fontes não confirmadas e 53,1% consideram que a vontade dos utilizadores vincarem as suas opiniões e descredibilizarem outras impulsiona a disseminação de *fake news*.

Tabela 4 – Fatores que contribuem para a propagação de fake news

	n	%
Níveis baixos de literacia digital dos utilizadores	35	71,4
A vontade dos utilizadores vincarem as suas opiniões e descredibilizarem outras	26	53,1
As redes sociais pelo facto de permitirem a agregação de notícias provenientes de fontes não confirmadas	34	69,4
O contexto atual de instantaneidade que leva os utilizadores a partilhar informação constantemente	24	49,0
A vontade dos utilizadores partilharem as suas motivações ideológicas	18	36,7

Há ainda a destacar o facto de 49% dos estudantes considerarem que o contexto atual de instantaneidade leva os utilizadores a partilharem informação constantemente e 36,7% julgarem que a propagação de notícias falsas está relacionada com a vontade dos utilizadores partilharem as suas motivações ideológicas.

Para os participantes do *focus group*, o principal impacto das *fake news* é a sua rápida proliferação a par da manipulação de opiniões. Todos eles assumem que as *fake news* têm um impacto sério na vida social, mas argumentam que o impacto é particularmente acentuado na esfera política e económica. Adicionalmente o grupo de jovens entende que a família tem um papel muito importante para minimizar o impacto das *fake news* porque é aí que se estabelece uma interação primária essencial e que o espírito crítico se desenvolve em torno de conversas acerca da realidade. Esta influência recíproca estabelece-se dos pais para os filhos e dos filhos para os pais.

Por último, procurou-se conhecer a opinião dos estudantes sobre diversos aspetos relacionados com o fenómeno das notícias falsas ou manipuladas (Tabela 5). Uma das tendências que emerge dos resultados obtidos é a preocupação da maioria (65,3% concordam totalmente) com a necessidade de se avançar com maior regulação para se combater o fenómeno das *fake news*. Grande percentagem dos estudantes exprime concordância (59,2% concordam totalmente e 38,8% concordam) em relação ao facto de a divulgação de notícias falsas ser uma forma de manipular atitudes e opiniões, assim como admitem já terem clicado no título de uma notícia e só depois perceberem que era uma *fake news* (57,1% concordam totalmente e 40,8% concordam).

Tabela 5 – Opiniões dos estudantes em relação às *fake news*

	Concordo totalmente		Concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
O excesso de informação no dia-a-dia dificulta a distinção de notícias credíveis de notícias falsas	17	34,7	26	53,1	5	10,2	1	2,0
É muito fácil criar uma notícia falsa que pareça credível aos olhos dos utilizadores	26	53,1	19	38,8	4	8,2	0	0
Já me aconteceu clicar no título de uma notícia e depois perceber que era uma <i>fake news</i>	28	57,1	20	40,8	1	2,0	0	0
A divulgação de notícias falsas é uma forma de manipular atitudes e opiniões	29	59,2	19	38,8	1	2,0	0	0
Considero que há necessidade de maior regulação para se combater o fenómeno	32	65,3	14	28,6	2	4,1	1	2,0

Como se pode observar na Tabela 5, verifica-se também uma forte tendência de concordância no que se refere à facilidade com que se consegue criar uma notícia falsa que pareça credível aos olhos dos utilizadores, bem como parece indiscutível o facto de o excesso de informação no dia-a-dia dificultar a distinção entre notícias credíveis e notícias falsas.

Questionados durante o *focus group* acerca de medidas tomadas para combater as *fake news*, os jovens têm conhecimento de que algo já está a ser feito e que Governos, instituições e empresas procuram precaver-se, no entanto a globalidade dos participantes tem noção de que este é um fenómeno difícil de controlar, não só porque é muito recente, mas igualmente porque envolve lucros substanciais e resultados políticos e financeiros compensadores.

4. DISCUSSÃO

Tendo em conta os objetivos específicos estabelecidos para melhor entender o fenómeno das *fake news*, o estudo realizado permitiu perceber que a grande maioria dos participantes tem consciência do que são notícias falsas – divulgação de factos falsos como se fossem verídicos, sublinhando o problema da manipulação de opiniões a nível político, económico e social. Os resultados obtidos estão alinhados com as conclusões do estudo *Flash Eurobarometer 464* da Comissão Europeia que indica que em Portugal mais de metade dos inquiridos (56%) “*are at least somewhat confident that they can identify fake news online*” (União Europeia, 2018, p. 15).

Os participantes no estudo revelam que se deparam com este tipo de notícia com muita frequência e acreditam que são as redes sociais e plataformas de mensagens instantâneas que mais divulgam e propagam *fake news*. Embora os dados recolhidos não sejam relevantes para reconhecer as redes sociais como principais impulsionadoras de circulação de notícias falsas, apontam uma tendência já indicada no estudo da Obercom (2018) que refere as redes sociais como a segunda principal fonte de notícias em contexto português, a seguir aos canais de notícias 24 horas, o que se revela como “indicador da importância destas redes na disseminação noticiosa – mesmo como fonte de notícias primária” (Cardoso et al., 2018, p. 45).

Relativamente ao reconhecimento de meios de informação de confiança, a discussão no contexto do grupo de foco possibilitou aferir que é na imprensa que os estudantes mais confiam para se informarem, sendo que as respostas ao questionário também colocaram em evidência a rádio, a televisão, os jornais e/ou revistas impressas e os podcasts. Estes resultados estão em linha de concordância com os apresentados no relatório “*Fake News and Disinformation Online*” da Comissão Europeia (2018) e que sugerem que nos diferentes estados membros da união europeia, os cidadãos “*(...) are less likely to trust news and information from online sources than from more traditional sources*” (p. 4).

Através das reações, opiniões e respostas ao questionário, entendemos que a maioria dos formandos tem um nível de desconfiança elevado na informação partilhada através das redes sociais. Estes dados vão de encontro ao apontado pela investigação da Obercom onde, perante o questionamento acerca do grau de confiança em marcas de comunicação noticiosas, o Expresso e o Público são as marcas que, a seguir à estação de televisão pública RTP, apresentam níveis de confiança mais elevados (Cardoso et al., 2018, p. 57).

De um modo geral, para os participantes no estudo o maior impacto da desinformação é a sua célere difusão sem a certeza de todos terem acesso ao posterior desmentido ou reposição da verdade e a manipulação da opinião pública. Denota-se a percepção por parte dos estudantes de que estão a ser tomadas medidas para combater as *fake news*, sendo que a sua maior convicção é a de que é através da educação e debate sobre o fenómeno entre profissionais dos média, políticos e académicos que se poderão encontrar formas de abrandar o crescimento incontrolável desta realidade. De facto, os resultados do questionário realizado no nosso estudo sugerem que os baixos níveis de literacia digital são um dos principais motivos para propagação de notícias falsas, pelo que é importante relembrar as conclusões do estudo de Branco (2017, p. 61) que sugerem que “o mais importante é investir

em educação para aprender a distinguir com mais clareza informações falsas que circulam na internet. Escolas e Universidades precisam tomar para si a responsabilidade de discutir o tema com seus alunos”.

Uma das tendências que emerge tanto dos dados obtidos no *focus group* como no questionário é a de os estudantes estão preocupados com a existência de desinformação e factos falsos, particularmente pelo enfoque de trabalho futuro em que estão inseridos. Estes resultados apoiam o descrito no estudo Flash Eurobarometer 464 da Comissão Europeia que expõe que a “*large majority of respondents think that the existence of fake news is a problem in their country and for democracy in general*” e que “*these views are consistent across Member States, with at least 70% in every country seeing fake news as a problem in their country, and at least 74% saying this in relation to democracy in general*” (União Europeia, 2018, p. 4). A focalização unicamente em Portugal revela, segundo o estudo da Obercom, “um valor de preocupação bastante elevado, com 71,3% dos inquiridos a referirem que se preocupam com o que é real ou falso na Internet” (Cardoso et al., 2018, p. 61).

CONCLUSÕES

O estudo apresentado ao longo deste artigo teve como principal objetivo conhecer a perceção de um grupo de estudantes do ensino superior sobre o fenómeno das *fake news*. Os resultados obtidos através do questionário e do *focus group*, embora não possam ser generalizados, fornecem informações relevantes sobre o objeto em estudo e permitem as conclusões que seguidamente se apresentam.

A investigação permitiu-nos contextualizar o estado atual de preocupação com *fake news* e a sua importância e impacto na contemporaneidade. Percebendo as *fake news* como um fenómeno cada vez mais presente em diversos setores da vida das populações, nota-se uma crescente necessidade de procurar soluções.

Neste sentido, para além de definirem e identificarem *fake news*, os jovens apresentam um nível de preocupação elevado com o fenómeno devido à sua rápida propagação e manipulação. Entendem que as *fake news* têm sérias consequências em Portugal e no mundo, sendo a nível político que mais se evidenciam. Neste contexto de desinformação, sobretudo *online*, os estudantes procuram na imprensa formas de obterem informação fiável e entendem que o combate às *fake news* faz-se essencialmente através da educação.

Sobre os meios em que mais confiam para consultarem informação, o estudo permitiu concluir que os estudantes revelam grande confiança nos meios de comunicação tradicionais como a rádio, a televisão, os jornais e revistas impressas. Em contrapartida, as redes sociais e os websites surgem como sendo dos meios menos fiáveis para acesso a informação fidedigna.

Conclui-se, ainda, que o sensacionalismo e as motivações ideológicas e políticas propiciam a criação deste tipo de notícia, bem como a vontade dos utilizadores partilharem as suas motivações ideológicas e de vincarem as suas opiniões. Esta conclusão vem, assim, corroborar a obtida por Cardoso et al. (2018, p. 67) que aponta no sentido de “(...) que as *fake news* são essencialmente utilizadas como um reforço das próprias ideologias e ideias pré-concebidas”.

Emerge como conclusão importante desta investigação a necessidade de se avançar com uma maior regulação para se combater o fenómeno das *fake news*, preocupação também ela já patente nos relatórios da OberCom (Cardoso et al., 2018) e da Comissão Europeia (2018).

Aglomerando todos os dados recolhidos e analisados é fundamentado aferir que este fenómeno não é de resolução fácil e imediata e que, paralelamente à necessidade de compreendê-lo e estudá-lo, revela-se importante reforçar a confiança dos cidadãos nos meios de informação, sem comprometer os princípios de liberdade e de democracia.

Despontam desta investigação diversas questões que nos parecem merecedoras de pesquisas mais aprofundadas e estudos complementares, que permitam um conhecimento mais detalhado da temática aqui abordada. Assim, sugere-se o desenvolvimento de um estudo mais abrangente, envolvendo mais alunos do ensino superior de diferentes instituições e de diferentes áreas e não apenas os ligados ao campo da comunicação social. Parece-nos também interessante levar a cabo pesquisas que envolvam diferentes públicos e de diferentes idades com vista à construção de conhecimento mais aprofundado sobre o fenómeno das *fake news*.

AGRADECIMENTOS

This paper was financed by national funds through FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P., under the project UID/Multi/04016/2016. Furthermore, we would like to thank the Polytechnic Institute of Viseu and Center for Studies in Education, Technologies and Health for their support.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allcott, H., & Gentzkow, M. (2017). Social Media and Fake News in the 2016 Election. *Journal of Economic Perspectives*, 31(2), 4.

- Amaral, I. (2016). *Redes Sociais na Internet: Sociabilidades Emergentes*. Covilhã: LABCOM.IFP. Acedido em https://www.saferinternetday.org/home?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=1421694&_101_type=content&_101_groupId=167024&_101_urlTitle=fake-news.
- Bakir, V., & McStay, A. (2018). Fake News and The Economy of Emotions: Problems, causes, solutions. *Digital Journalism*, 6(2), 154–175. Acedido em <http://doi.org/10.1080/21670811.2017.1345645>.
- Branco, S. (2017). Fake news e os caminhos para fora da bolha. *Interesse Nacional*, 10(38), 51-61.
- Cardoso, G. (Coord.) (2013). *A Sociedade dos ecrãs*. Lisboa: Tinta-da-China.
- Cardoso, G., Baldi, V., Pais, P. C., Piasana, M., Quintanilha, T., & Couraceiro, P. (2018). *As Fake News numa sociedade pós-verdade - Contextualização, potenciais soluções e análise*. Lisboa: Obercom.
- Esteves, F. & Sampaio, G. (2019). *Viral - A Epidemia de Fake News e a Guerra da Desinformação*. Lisboa: Edições Desassossego.
- European Commission (2018). *Fake news and disinformation online*. Flash Eurobarometer 464.
- Ferrari, P. (2018). *Como sair das bolhas*. São Paulo: EDUC.
- Gurba, K., *Kaczmarczyk*, D., & Pajchert, B. (2019). Fake news as a threat for news values in communication and education. *Proceedings of INTED2019 Conference, 11th-13th March, Valencia, Spain*. ISBN: 978-84-09-08619-1.
- Vicario, M., Bessi, A., Zollo, F., Petroni, F., Scala, A., Caldarella, G., Stanley, H., & Quattrociocchi, W. (2016). The spreading of misinformation online. *PNAS*, 113 (3), 554-559.

Millenium, 2(ed espec nº 5), 95-99.

pt

EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COM CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS
EXPERIENCIAS DE EDUCACIÓN SANITARIA CON USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
HEALTH EDUCATION EXPERIENCES WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USERS

Ilda Fernandes¹
Carlton Washington Pinheiro²
Sara Câmara Tavares³
Karla Maria Rolim⁴
Firmina Albuquerque⁵
Luisa Andrade¹
Rejane Millions⁶

¹ Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP, Porto, Portugal.

² Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), Fortaleza, Brazil

³ Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, Fortaleza, Brazil

⁴ Universidade de Fortaleza-UNIFOR, Fortaleza, Brazil

⁵ Universidade Federal do Amazonas-UFAM/ISB, Coari, Brazil

⁶ Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, Natal, Brazil

Ilda Fernandes - ildafernandes@esenf.pt | Carlton Washington Pinheiro - carlonwpinheiro@gmail.com | Sara Câmara Tavares - saract@hotmail.com |
Karla Maria Rolim - karlarolim@unifor.br | Firmina Albuquerque - hermelindaanjo@hotmail.com | Luisa Andrade - luisaandrade@esenf.pt |
Rejane Millions - rejmillions@hotmail.com



Autor Correspondente

Firmina Albuquerque

Universidade Federal do Amazonas-UFAM
Estrada Coari/Mamiá, 305- Bairro: Espírito Santo
CEP – 69.460-000- Coari-AM, Brazil
hermelindaanjo@hotmail.com

RECEBIDO: 16 de julho de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: A educação popular em saúde consiste numa práxis político-pedagógica que visa a construção de processos educativos não convencionais através da valorização das experiências e do conhecimento da comunidade.

Objetivos: Descrever a experiência de condução de um grupo de educação para a saúde, tendo como alvo os consumidores com uso problemático de drogas.

Métodos: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado num Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, localizado na regional II do município de Fortaleza, no estado do Ceará-Brazil. O período de realização das atividades ocorreu durante o mês de março de 2019. Participaram no estudo oito pessoas, selecionadas por conveniência. Os procedimentos de educação/investigação grupal integraram quatro (4) momentos: o primeiro de apresentação, o segundo momento de problematização sobre o tema escolhido. O terceiro momento designado de chuva de ideias, promove novas reflexões, seja por meio dos mediadores, seja dos participantes. O quarto momento é o de avaliação da atividade proposta e a escolha do próximo tema.

Resultados: O temas abordados contemplaram: conceito de saúde, utilizando as representações por meio de pinturas, um jogo de mitos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST'S) e a comemoração do dia internacional da mulher, por meio da exibição de um documentário. As metodologias ativas proporcionam um maior grau de participação e autonomia, favorecendo a aprendizagem.

Conclusões: A educação para a saúde, ao adotar metodologias ativas e efectivas, promove o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e interpessoal e a modificação de atitudes e comportamentos, que se querem adequadas à promoção e ou manutenção da saúde.

Palavras chave: educação para a saúde; saúde mental; enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Popular health education consists of a political-pedagogical praxis that aims at the construction of unconventional educational processes through the valorization of the experiences and knowledge of the community.

Objectives: To describe the experience of conducting a health education group, targeting consumers with problematic drug use.

Methods: Descriptive study, with a qualitative approach, of the experience report type, carried out in a Psychosocial Care Center - Alcohol and Drugs, located in regional II of the city of Fortaleza, in the state of Ceará-Brazil. The period of performance of the activities took place during the month of March 2019. Eight people participated in the study, selected for convenience. The group education / investigation procedures included four (4) moments: the first presentation, the second moment of problematization on the chosen theme. The third moment, called brainstorming, promotes new reflections, both through mediators and participants. The fourth step is to evaluate the proposed activity and choose the next topic.

Results: The topics covered included: concept of health, using representations through paintings, a set of myths about Sexually Transmitted Infections (STIs) and the celebration of International Women's Day, through the exhibition of a documentary. Active methodologies provide a greater degree of participation and autonomy, favoring learning.

Conclusions: Health education, by adopting active and effective methodologies, promotes cognitive, psychosocial and interpersonal development and the modification of attitudes and behaviors, which are appropriate to promote and/or maintain health.

Keywords: health education; mental health; nursing

RESUMEN

Introducción: La educación popular en salud consiste en una praxis político-pedagógica que apunta a la construcción de procesos educativos no convencionales a través de la valorización de las experiencias y el conocimiento de la comunidad.

Objetivos: Describir la experiencia de dirigir un grupo de educación en salud, dirigido a consumidores con uso problemático de drogas.

Métodos: Estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, del tipo de informe de experiencia, realizado en un Centro de Atención Psicossocial - Alcohol y Drogas, ubicado en la regional II de la ciudad de Fortaleza, en el estado de Ceará-Brasil. El período de ejecución de las actividades tuvo lugar durante el mes de marzo de 2019. Ocho personas participaron en el estudio, seleccionadas por conveniencia. Los procedimientos de educación / investigación grupal incluyeron cuatro (4) momentos: la primera presentación, el segundo momento de problematización sobre el tema elegido. El tercer momento, llamado lluvia de ideas, promueve nuevas reflexiones, tanto a través de mediadores como de participantes. El cuarto paso es evaluar la actividad propuesta y elegir el siguiente tema.

Resultados: Los temas cubiertos incluyeron: concepto de salud, uso de representaciones a través de pinturas, un conjunto de mitos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la celebración del Día Internacional de la Mujer, a través de la exhibición de un documental. Las metodologías activas proporcionan un mayor grado de participación y autonomía, favoreciendo el aprendizaje.

Conclusiones: La educación para la salud, al adoptar metodologías activas y efectivas, promueve el desarrollo cognitivo, psicosocial e interpersonal y la modificación de actitudes y comportamientos, que son apropiados para promover y/o mantener la salud.

Palabras Clave: educación en salud; salud mental; enfermería

INTRODUÇÃO

A educação popular em saúde consiste numa práxis político-pedagógica que visa a construção de processos educativos não convencionais através da valorização das experiências e do conhecimento da comunidade. Esta capacitação para a autonomia dos sujeitos, promove a aproximação entre o saber popular e o saber técnico-científico, a formação da consciência crítica, a cidadania participativa, o respeito das diversas formas de vida e por essa via a superação das desigualdades sociais e de todas as formas de estigma, violência e opressão (Brasil, 2014; Freire, 2003). Nesse sentido, tal proposta está em consonância com os atuais paradigmas de cuidados em saúde mental que visam promover o empoderamento e protagonismo dos sujeitos através da valorização das subjetividades e das particularidades dos mesmos (Brasil, 2015). Entretanto, algumas barreiras como hegemonia do conhecimento técnico-científico, as relações de poder entre profissionais e a população e a desvalorização do saber popular dificultam consolidação do protagonismo e da autonomia dos usuários e seus familiares nos serviços de saúde. Tais questões apontam para a necessidade de se repensar a formação dos profissionais da saúde e as práticas educativas desenvolvidas nas instituições de saúde. A fim de superar estas dificuldades deve ser acrescentada aos projetos políticos-pedagógicos, uma perspectiva integradora e holística do ser humano e do processo educativo, pois, o mesmo deve ser visto como um caminho para a emancipação e a humanização dos sujeitos e dos povos. Deve ainda considerar-se a capacidade da população construir histórias e transformar a realidade, partindo do princípio que as trocas e o diálogo são fundamentais nos processos de promoção e educação em saúde (Pulga, 2013). Sendo assim, torna-se importante a promoção de espaços de educação popular com foco na promoção da alfabetização funcional e da literacia para a saúde (Saboga-Nunes, Freitas, & Cunha, 2016), visto que, essa estratégia viabiliza a participação social, aproxima os profissionais e os utentes e promove a construção de saberes em diferentes vertentes do conhecimento. Neste âmbito, é objetivo deste estudo descrever a experiência de condução de um grupo de educação para a saúde, cujo alvo da intervenção formativa são os consumidores com uso problemático de drogas.

1. MÉTODOS

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado num Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas, localizado na regional II do município de Fortaleza, no estado do Ceará-Brasil. O período de realização das atividades ocorreu durante o mês de março de 2019.

A intervenção grupal foi estruturada e os procedimentos integram quatro (4) momentos: - o primeiro momento é de apresentação; - o segundo de problematização sobre o tema escolhido; - o terceiro designado de chuva de ideias, promove novas reflexões, seja por meio dos mediadores, seja dos participantes; - o quarto e último momento, é o de avaliação da atividade proposta e a escolha do próximo tema.

1.1 Participantes

Participaram no estudo oito (8) pessoas, selecionadas por conveniência. Como critérios de inclusão dos participantes, consideraram-se como elegíveis todos os indivíduos que estavam em acompanhamento regular no CAPS, isto é, todos aqueles que vinham sendo acompanhados individualmente em consultas médicas, ou de enfermagem ou de psicologia, sendo excluídos aqueles que, no ato da sessão de formação, apresentassem sinais ou sintomas clínicos sugestivos de intoxicação em decorrência do uso de substâncias psicoativas ou que se recusaram a participar da atividade.

1.2 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada por meio da realização de um grupo focal, onde no decorrer dos 4 momentos, a saber: apresentação, problematização, chuva de ideias e avaliação, os participantes puderam expressar suas percepções. A partir do conhecimento prévio os profissionais e outros participantes contribuíam com novas percepções e ampliavam os sentidos atribuídos, tornando essa construção mais comunitária e funcional.

Durante a intervenção formativa, os investigadores foram tomando notas para posterior análise.

1.3 Procedimentos formais, éticos e analíticos

Foram respeitadas às diretrizes e referências descritas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Brasil, a qual prescreve as diretrizes e normas relacionadas com a investigação em seres humanos.

2. RESULTADOS

Os temas abordados contemplaram: o conceito de saúde, utilizando as representações por meio de pinturas, um jogo de mitos e verdades sobre infecções sexualmente transmissíveis e a comemoração do dia internacional da mulher, por meio da exibição de um documentário.

Percebeu-se que os pacientes estão informados, no entanto, manifestam muitas dúvidas. Por se tratar de temas com os quais estão mais familiarizados, eles envolveram-se, colaboraram e tiveram grande interesse em participar no jogo de mitos e verdades com perguntas e respostas. Contribuíram ainda com histórias de conhecidos e familiares acometidos por alguma das doenças. Foram extremamente participativos, interessados e participantes na execução, sendo co-construtores do êxito de todas as atividades. O uso da metodologia ativa permitiu a reflexão, o pensamento crítico, a troca de ideias, de conhecimentos, de experiências e a expressão de sentimentos e inquietações.

Compreendendo a importância do cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico e considerando os diversos fatores que influenciam a qualidade de vida, a realização de encontros de educação para a saúde, mostrou ser uma ferramenta muito bem aceita pelos participantes. As metodologias ativas proporcionaram uma maior participação e autonomia dos participantes, porquanto através da partilha "**horizontal do saber**", tornam o utente protagonista do seu tratamento.

3. DISCUSSÃO

Os resultados decorrentes da implementação das ações educativas, vão de encontro à política nacional de Educação Popular para a Saúde (EPS), do Sistema Único de Saúde do Brasil, pois, a mesma prevê que a problematização deve ser o elemento central das práticas educativas em saúde (Brasil, 2012).

A educação popular para a saúde, tendo como ênfase o sujeito prático, que visualiza na ação de problematizar o caminho para a transformação e possibilidade de transformar o contexto vivido, produzirá conhecimento e cultura por intermédio das vivências (Freire, 2008). Além disso, a educação popular deve ser compreendida como um processo libertador e emancipatório, uma prática engajada no compromisso com a transformação da sociedade e com a construção de sujeitos individuais e coletivos, centrada na reflexividade, dispensando o autoritarismo, a persuasão e a imposição (Pulga, 2013). Ademais, as ações de educação popular para a saúde, podem ser uma estratégia importante para a qualificação das práticas nos serviços de saúde. Dado que a sua implementação induz a uma maior proximidade entre o saber dos profissionais e dos utilizadores, a educação popular para a saúde, assume-se como facilitadora da comunicação, da interatividade e da empatia, bem como do cuidado e da co-responsabilização entre ambos. (Silva, Matos, & França, 2017).

CONCLUSÕES

A educação popular para a saúde, ao adotar metodologias ativas, facilita o desenvolvimento cognitivo, psicossocial e interpessoal, pois, favorece uma discussão com mais efetividade devido à escolha de uma metodologia participativa. Sendo assim, que a educação popular para a saúde influencia, positivamente, a qualidade de vida e o bem-estar dos utilizadores. Constitui-se ainda como um importante espaço de aproximação entre o saber popular e o saber técnico-científico. Além disso, configura-se como uma proposta de interação entre os profissionais e os utentes. Para cumprir tais pressupostos e produzir ganhos em educação, a educação para a saúde com foco na cultura popular, necessita de maior aprofundamento na formação dos profissionais de saúde, carece também de mais estudos científicos e de maior valorização e visibilidade nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde. (2012). *Política nacional de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2014). *II Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). *Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Freire, P. (2003). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (28ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (2008). *Educação e mudança* (31ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Pulga, V. L. (2013). Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 11(3), 573-590.

Saboga-Nunes, L., Freitas, O. S., & Cunha, M. (2016). Renasceres®: Um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Servir*, 59(1), 7-15

Silva, K., Matos, J., & França, B. (2017). A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-8.

Millenium, 2(ed espec nº5), 101-106.

pt

A EDUCAÇÃO INCLUSIVA NA FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL
INCLUSIVE EDUCATION IN THE TRAINING OF SOCIAL WORKERS
EDUCACIÓN INCLUSIVA EN LA FORMACIÓN DE TRABAJADORES SOCIALES

Regina Maura Rezende¹
Cláudia Helena Julião¹
Marina Beatriz Ferreira Vallim²
Eurides Miranda¹

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Serviço Social, Uberaba-MG, Brasil

² Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG, Brasil

Regina Maura Rezende - reginamaurarezende@yahoo.com.br | Cláudia Helena Julião - claudia.juliao@uftm.edu.br |
Marina Beatriz Ferreira Vallim - marinavallim@iftm.edu.br | Eurides Miranda - eumirandez@gmail.com |



Autor Correspondente

Regina Maura Rezende

Avenida Getúlio Guaritá, 159- sala 509- 5º andar
Uberaba-MG, Brasil
reginamaurarezende@yahoo.com.br

RECEBIDO: 16 de julho de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: Este trabalho apresenta a experiência do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro- (UFTM) em relação à disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial”. A disciplina foi incluída na matriz curricular do curso em 2013, visando a formação de profissionais comprometidos com uma prática pautada na abordagem inclusiva e de respeito ao ser humano. Esta necessidade foi identificada a partir da presença de um aluno com deficiência visual no curso de Serviço Social.

Objetivos: Documentar os contributos de uma disciplina na formação académica do assistente social.

Métodos: Foram utilizadas estratégias de aprendizagem, promotoras da reflexão crítica no sentido de estimular um compromisso ético e político com práticas profissionais e pessoais inclusivas na interação com a diversidade. O conteúdo trabalhado contemplou aspectos gerais da deficiência, legislações e de políticas para a pessoa com deficiência, além da partilha experiências realização de visitas institucionais.

Resultados: A análise qualitativa da experiência pedagógica revela que a disciplina foi ofertada durante 6 semestres, à cerca de 134 alunos, os quais demonstraram compromisso com as atividades propostas. Docentes e discentes avaliaram de forma positiva a disciplina, que proporcionou a aproximação às necessidades da pessoa com deficiência, além de se constituir como um espaço para reavaliação crítico-reflexiva da problemática inclusão da pessoa com deficiência

Conclusões: Um desafio para a formação de assistentes sociais é prepará-los para contribuir com o processo de inserção das pessoas com deficiência. Desse modo, a experiência académica com estudantes com deficiência permitiu a ampliação da consciência inclusiva e o acolhimento da diversidade no espaço educacional e profissional, oportunizando assim, o compromisso com a luta/defesa do direito à diferença.

Palavras-chave: deficiência; formação profissional; inclusão social; serviço social

ABSTRACT

Introduction: This paper presents the experience of the undergraduate course in Social Work at the Federal University of Triângulo Mineiro - (UFTM) in relation to the discipline “Specific Legislation for Special Education”. The discipline was included in the curriculum of the course in 2013, aiming at training professionals committed to a practice based on an inclusive approach and respect for human beings. This need was identified from the presence of a visually impaired student in the Social Work course.

Objectives: Document the contributions of a discipline in the academic training of the social worker.

Methods: Learning strategies were used, promoting critical reflection in order to stimulate an ethical and political commitment to inclusive professional and personal practices in the interaction with diversity. The content worked on included general aspects of disability, legislation and policies for people with disabilities, in addition to sharing experiences with institutional visits.

Results: The qualitative analysis of the pedagogical experience reveals that the discipline was offered for 6 semesters, to about 134 students, who demonstrated commitment to the proposed activities. Teachers and students positively evaluated the discipline, which provided an approximation to the needs of people with disabilities, in addition to be a space for critical and reflexive reevaluation of the problematic inclusion of people with disabilities.

Conclusions: A challenge for the training of social workers is to prepare them to contribute to the insertion process of people with disabilities. In this way, the academic experience with students with disabilities allowed the expansion of inclusive awareness and the acceptance of diversity in the educational and professional space, thus giving opportunity to the commitment to fight / defend the right to difference.

Keywords: deficiency; professional qualification; social inclusion; social service

RESUMEN

Introducción: Este artículo presenta la experiencia del curso de pregrado en Trabajo Social en la Universidad Federal de Triângulo Mineiro- (UFTM) en relación con la disciplina "Legislación específica para educación especial". La disciplina se incluyó en el plan de estudios del curso en 2013, con el objetivo de capacitar a profesionales comprometidos con una práctica basada en un enfoque inclusivo y respeto por los seres humanos. Esta necesidad se identificó por la presencia de un estudiante con discapacidad visual en el curso de Trabajo Social.

Objetivos: Documentar las aportaciones de una disciplina en la formación académica del trabajador social.

Métodos: Se utilizaron estrategias de aprendizaje para promover la reflexión crítica a fin de estimular un compromiso ético y político con prácticas profesionales y personales inclusivas en la interacción con la diversidad. El contenido cubierto abarca

aspectos generales de discapacidad, legislación y políticas para personas con discapacidad, además de compartir experiencias con visitas institucionales.

Resultados: El análisis cualitativo de la experiencia pedagógica revela que la disciplina se ofreció durante 6 semestres, a unos 134 estudiantes, que demostraron compromiso con las actividades propuestas. Los maestros y estudiantes evaluaron positivamente la disciplina, que proporcionó una aproximación a las necesidades de las personas con discapacidad, además de ser un espacio para la reevaluación crítica y reflexiva de la inclusión problemática de las personas con discapacidad.

Conclusiones: Un desafío para la capacitación de los trabajadores sociales es prepararlos para contribuir al proceso de inserción de las personas con discapacidad. De esta manera, la experiencia académica con estudiantes con discapacidades permitió la expansión de la conciencia inclusiva y la aceptación de la diversidad en el espacio educativo y profesional, dando así la oportunidad al compromiso de luchar / defender el derecho a la diferencia.

Palabras Clave: discapacidad; formación profesional; inclusión social; servicio social

INTRODUÇÃO

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que tem como objeto de intervenção a questão social e demais expressões da sociedade. É uma profissão cuja formação exige capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, conforme preconizam as diretrizes curriculares dos cursos de graduação em serviço social (ABESS/CEDEPSS, 1996).

A inserção do assistente social no mercado de trabalho ocorre em diversos e diferentes espaços sócio-ocupacionais, nos quais se manifestam as expressões da questão social, resultado da contraditória relação capital-trabalho, e que promove desigualdades sociais e humanas. Num contexto de elevada desigualdade social, como a realidade brasileira, a demanda por tais profissionais tem se tornado ainda mais evidente nas políticas públicas como saúde, educação, previdência social e assistência social, o que favoreceu o crescimento da oferta dos cursos de graduação em serviço social em todo o território nacional.

Em 2009, com a implantação da reestruturação e expansão das Universidades Federais (Reuni), foi criado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM o curso de graduação em serviço social, o qual se tornou referência em termos de oferta em instituição pública na região do Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais. O curso atende às regiões do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, além de também receber alunos provenientes de outros estados como São Paulo, Mato Grosso, Goiás, Pará, Maranhão, Alagoas e Tocantins.

A implantação do referido curso relaciona-se com a realidade do Hospital Escola da UFTM, que atende cerca de 48 municípios da região, e de outras políticas públicas do município, nas quais a demanda por profissionais de serviço social é crescente.

A atuação do Assistente Social tem como fundamento central “a viabilização do acesso aos direitos sociais e a organização sociopolítica da população, considerando a realidade social e o seu processo de produção e reprodução” (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017). Nesta direção e, em consonância com o projeto ético político da profissão, o curso de Serviço Social da UFTM busca oferecer uma formação profissional pautada numa perspectiva social crítica que possibilita a articulação dos conteúdos estudados com a vivência na prática, resultando na unidade teoria-prática, propiciando o exercício da práxis (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017)

Impõe-se destacar que a expansão das universidades públicas e as políticas de acesso e permanência no ensino superior implementadas pelo Governo Federal contribuíram para o aumento da inserção de pessoas com deficiência em tais instituições de ensino. Os dados do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) apontam que entre 2004 e 2014 houve um crescimento de 518,66 % no número de matrículas de alunos com necessidades educativas especiais em cursos superiores (Sergey, 2016).

Esta realidade, de inserção de estudantes com deficiência no ensino superior, também se refletiu na implementação no curso de Serviço Social da UFTM através da presença de um aluno com deficiência visual na sua primeira turma de funcionamento do curso.

A garantia da inclusão e da permanência da pessoa com deficiência no ensino superior constitui um desafio que exige recursos humanos, materiais e abordagens pedagógicas capazes de atender às necessidades específicas desses estudantes. Assim, para enfrentar esse desafio, foi necessário um conjunto de ações envolvendo docentes, técnicos administrativos, discentes e instituição de ensino para que todos aprendessem a melhor forma de trabalhar/interagir com esse aluno. Buscou-se ainda não reproduzir formas de segregação e garantir uma formação profissional comprometida com uma sociedade emancipada, e com a devida fundamentação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa da profissão, articulada com a práticas pedagógicas inclusivas e que se consubstanciassem em acesso ao processo de aprendizagem e, consequentemente da construção do conhecimento.

Desse modo, na perspectiva de oferecer uma melhor preparação aos estudantes e aos futuros profissionais procura-se identificar e atender às necessidades da pessoa com deficiência, de modo a compreender os conceitos relativos à inclusão.

Desse modo houve a criação e inserção da disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial” na matriz curricular do curso de Serviço Social no segundo semestre de 2013, e para os demais cursos da área da saúde e Licenciatura em História, a partir de 2017.

Em articulação com o exposto é objetivo deste artigo relatar a experiência da oferta dessa disciplina e destacar que a inclusão da referida disciplina contemplou o desenvolvimento de competências e habilidades que estão diretamente vinculadas aos perfis de ingresso propostos pelo projeto político pedagógico do curso de serviço social, ou seja, um profissional com competência e fundamentação teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativa para fazer a leitura crítica da realidade social, reconhecer e atuar cientificamente nas expressões da questão social, saber promover o exercício da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do serviço social no conjunto das relações sociais (Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017), e seus impactos na formação dos assistentes sociais.

1. MÉTODOS

A disciplina eletiva da educação especial “Legislações Específicas da Educação Especial” foi criada no curso de graduação em Serviço Social da UFTM a partir da experiência de uma das autoras como docente de Língua Brasileira de Sinais- LIBRAS no referido curso, de modo especial na primeira turma de funcionamento do curso, na qual havia um estudante com deficiência visual.

Decorrendo proposta surgiu a criação de uma disciplina com vista a oferecer aos estudantes conhecimentos acerca das necessidades da pessoa com deficiência, a partir de vivências in loco e inclusão de conceitos relativos à inclusão. Estes conhecimentos são imprescindíveis para a interação dos estudantes com alunos deficientes, bem como para o futuro exercício profissional.

Desse modo, durante o segundo semestre de 2013, houve a aprovação da inclusão da disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial” na matriz curricular do curso e a sua primeira oferta ocorreu no primeiro semestre de 2014, para alunos do 8º período. No ano de 2017, a referida disciplina passou a ser ofertada pelos cursos da área da saúde, como, por exemplo, Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, e também pelo curso de licenciatura em História.

O conteúdo proposto para a disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial” contemplou aspectos gerais da deficiência, como conceitos e terminologia, aspectos históricos e tipos de deficiência. Integrou também a legislação brasileira e internacionais, e as políticas públicas para a pessoa com deficiência, com ênfase no papel da família e na luta pela cidadania e inclusão, de modo a superar a perspectiva de caridade e filantropia que marcaram as ações em prol dos deficientes na realidade brasileira.

No desenvolvimento dos conteúdos acima mencionados buscou-se criar oportunidades de aproximação com diversas pessoas com deficiência que se voluntariaram a estabelecer diálogos com os estudantes e docentes, proporcionando troca de experiências, relatos e pontos de vista. Outra forma de aproximar os estudantes às necessidades da pessoa com deficiência, foi por meio de visitas a instituições e aos serviços no município destinados ao atendimento dessa parcela da população. A realização dessas visitas possibilitou obter informações sobre os atendimentos oferecidos, dificuldades enfrentadas e estabelecer contato direto com os usuários desses serviços.

Foram também utilizadas dinâmicas com diversos exercícios práticos, voltados para provocar a inversão vivencial de papéis e perspectivas, com vistas à produção de auto-reflexões críticas facilitadoras e impulsionadoras da transformação de conceitos obsoletos sobre convivência com pessoas com deficiências. Em diversas situações planejadas, os discentes tiveram a experiência de “trocar de lugar” com pessoas com diversos tipos de deficiência, vivenciando, na prática, as aparentes limitações e possibilidades que perfazem o cotidiano de pessoas cegas, surdas e cadeirantes.

A avaliação da disciplina decorreu de forma processual, sendo composta por avaliações individuais, nas quais foram utilizados indicadores como participação, interesse, frequência, iniciativa, o desenvolvimento de atividades solicitadas e auto avaliação. Houve também avaliações grupais utilizando como indicadores: atitudes, posturas propositivas e construções coletivas.

2. RESULTADOS

Desde a sua criação e inserção na matriz curricular do curso de Serviço Social, a disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial” foi ofertada em 6 semestres a cerca de 134 estudantes, os quais demonstraram compromisso com as atividades propostas. Um resultado importante foi a ampliação da oferta da disciplina para outros cursos da universidade, a saber: Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Licenciatura em História.

A finalidade da disciplina foi contribuir para que cada participante se tornasse um multiplicador do conceito e da prática de uma sociedade inclusiva nas suas ações cotidianas, repercutindo positivamente em suas relações profissionais e sociais.

Outro resultado importante decorrente da experiência aqui relatada refere-se à realização de atividades com representantes de diversos segmentos da sociedade do município de Uberaba-MG, tais como imprensa, poder legislativo e executivo, conselhos e representantes da própria universidade, durante a qual os convidados também vivenciaram as dinâmicas e experiências de maneira similar às vivenciadas pelos estudantes durante o desenvolvimento da disciplina. Desse modo, as discussões, reflexões

e conhecimentos produzidos pelos estudantes puderam ser compartilhados com outros segmentos da comunidade, de modo a sensibilizá-los quanto à inclusão das pessoas com deficiência.

A disciplina foi avaliada de forma positiva pelos docentes responsáveis e discentes, proporcionando a aproximação às necessidades da pessoa com deficiência, além de se constituir como espaço para reavaliação crítico-reflexiva de conceitos relativos à inclusão.

3. DISCUSSÃO

As pessoas com deficiência nem sempre tiveram os seus direitos defendidos e assegurados pela legislação, pelo contrário, durante muito tempo na história da humanidade foram tratadas com atitudes de discriminação e preconceito, expressas inclusive na dificuldade de acesso às diversas políticas públicas como saúde, cultura e educação. A forma de tratar a pessoa com deficiência sofreu modificações, de modo especial em relação à aprovação de leis específicas voltadas para a garantia da cidadania a essa parcela da população. O Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde, destaca-se por possuir uma vasta legislação para resguardar os direitos dessas pessoas, que são assegurados por leis como a Constituição Federal, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Odem dos Advogados do Brasil, 2006).

É importante destacar que o Serviço Social é uma profissão reconhecidamente comprometida com a garantia de direitos e, nesse sentido, é fundamental que o estudante no seu processo de formação profissional tenha conhecimento das diversas legislações que prezam pela defesa dos direitos sociais, inclusive no que se refere aos direitos das pessoas com deficiência, uma vez que as demandas e necessidades apresentadas pelas mesmas certamente se farão presentes nos diferentes espaços ocupacionais do assistente social.

Desse modo, a inserção da disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial” vem ao encontro de tal necessidade, contribuindo com a formação pessoal e profissional comprometidas com os princípios de uma sociedade inclusiva. Contudo, tal inserção não se deu sem que houvesse desafios a serem enfrentados, principalmente no sentido de viabilizar uma genuína reflexão sobre o processo inclusivo de qualidade, de modo a superar abordagens, ainda presentes no espaço universitário, que reproduzem formas de segregação não-explícita, principalmente no que refere à deficiência.

No desenvolvimento dos conteúdos ministrados pela houve lugar à discursão sobre a construção social do conceito de deficiência, que se refere a impedimento de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, associado a outras barreiras pode obstruir a efetiva e plena participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015).

O contato dos estudantes com pessoas deficientes e a troca de experiências, viabilizados por meio de diálogos e visitas institucionais estimularam a adesão a um compromisso ético e político com a prática de posturas inclusivas, que por sua vez resultou em produtivo entendimento mútuo materializado em importantes sínteses conclusivas elaboradas ao final das atividades.

CONCLUSÕES

O desafio de garantir o acesso e a permanência da pessoa com deficiência no ensino superior ultrapassa o espaço das universidades, onde ainda é comum a situação de despreparo de docentes, discentes e técnicos para identificar e atender de modo adequado as necessidades do estudante com deficiência. É preciso superar costumes e concepções ultrapassadas, mas ainda presentes no espaço acadêmico, que não incentivam abordagens diferentes e inovadoras que possibilitem a revisão de conceitos relativos à inclusão.

Nesse sentido, a oferta de disciplinas específicas com abordagem da problemática da inclusão social de pessoas com deficiência na formação profissional de assistentes sociais, bem como de profissionais da área da saúde e licenciaturas, é entendida como necessária e desafiadora. Essa formação deve preparar os estudantes para que possam contribuir com o processo de inserção das pessoas com deficiência, seja na convivência com outros estudantes nessa condição, ou como futuros profissionais comprometidos em romper com o paradigma de segregação, de modo a adotar idéias e práticas de respeito à diversidade humana.

A experiência aqui relatada foi um caminho encontrado no curso de serviço social da UFTM para enfrentar esse desafio. A oferta da disciplina “Legislações Específicas da Educação Especial” constituiu-se como um espaço de formação onde foi possível a apreensão de conhecimento acerca da deficiência e da realidade vivenciada pelo cidadão deficiente, além de vislumbrar as latentes possibilidades de relações humanas mais inclusivas nas diversas dimensões da vida em sociedade.

Conclui-se por isso ser significativa e relevante a implementar este tipo de iniciativa, por meio da qual se constatou um movimento produtivo de ampliação da consciência inclusiva e do acolhimento das diversidades no espaço educacional e profissional. Ademais, a experiência possibilitou capacitação de futuros profissionais, os quais deverão promover o processo de multiplicação de conhecimentos e, sobretudo, de mudanças de paradigma com foco na promoção da inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ABESS/CEDEPSS. (1996). Caderno ABESS n. 07. Caderno Especial: Formação Profissional: trajetórias e desafios. São Paulo: Cortez
- Brasil, Ministério da Educação, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Graduação em Serviço Social. (2014). *Projeto político pedagógico do curso de bacharelado em serviço social*. Acedido em: <http://uftm.edu.br/servico-social/projeto-pedagogico>.
- Brasil. (2015). Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 6 jul 2015.
- Ordem dos Advogados do Brasil. (2006). *Guia dos direitos das pessoas com deficiência*. São Paulo: FIESP/SESI/SENAI/IRS.
- Serger, R. G. (2016). *As políticas de acesso para estudantes com deficiência nas IES públicas do Estado do Paraná* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

Millenium, 2(ed espec nº 5), 107-117.

pt

AS FACES DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA
THE FACES OF HEALTH INTEGRALITY IN UNDERGRADUATE PHYSIOTHERAPY COURSES
LOS ROSTROS DE LA INTEGRALIDADE EM SALUD EM LOS CURSOS DE FISIOTERAPIA GRADO

Angela Carla Ghizoni¹
Marina Patrício de Arruda²

¹ Universidade do Planalto Catarinense, Lages SC, Brasil

² Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal

Angela Carla Ghizoni - angela@uniplaclages.edu.br | Marina Patrício de Arruda - profmarininh@gmail.com



Autor Correspondente

Marina Patrício de Arruda

Universidade de Aveiro
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro
Portugal
profmarininh@gmail.com

RECEBIDO: 20 de dezembro de 2019

ACEITE: 25 de março de 2020

RESUMO

Introdução: O presente estudo inclui discussões sobre integralidade em saúde, princípio que integra o Sistema Único de Saúde – SUS no processo de formação profissional de fisioterapeutas.

Objetivos: Analisar as faces da integralidade em saúde dos cursos de graduação em fisioterapia de instituições de ensino superior do Brasil.

Métodos: Tratou-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, documental de abordagem qualitativa e quantitativa. Os dados foram recolhidos em sites das instituições de ensino reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura e cadastradas no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região do Brasil, totalizando 11 instituições de ensino superior. Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado o programa MAXQDA.

Resultados: Emergiram dos cursos de graduação em fisioterapia, seis faces da integralidade: holística, ampliada, integrada, fragmentada, oculta e nula. Os resultados revelam a importância de se revisar constantemente as matrizes curriculares e incluir nos ementários, o Sistema Único de Saúde e seus princípios, na tentativa de garantir uma formação do profissional capaz de o tornar preparado para atuar no sistema.

Conclusões: O estudo aponta existir um espaço favorável para o fortalecimento do modelo de atenção básica já no processo de formação, de modo a que os alunos possam vivenciar desde cedo práticas que fortaleçam os serviços de saúde.

Palavras-chave: integralidade em saúde; instituições de ensino superior; fisioterapia

ABSTRACT

Introduction: This study includes discussions health integrality, a principle from the Unified Health System - UHS in the professional training process of physiotherapists.

Objective: Analyze the faces of health integrality in physiotherapy undergraduate courses in Brazilian higher education institutions.

Methods: It was an exploratory, descriptive, documentary study with a qualitative and quantitative approach. The data were collected on the websites of educational institutions recognized by the Ministry of Education and Culture and registered with the Regional Council of Physiotherapy and Occupational Therapy of the 10th Region, in Brazil, totaling 11 higher education institutions. For the treatment and analysis of the data, the MAXQDA program was used.

Results: Six facets of integrality emerged from undergraduate courses in physiotherapy: holistic, expanded, integrated, fragmented, hidden and null. The results, reveal the importance of constantly revising the curricular matrices and the inclusion of Unified Health System in their syllabuses. It is also necessary to include the Unified Health System principles to ensure trained professionals the right preparation to work in the system.

Conclusions: The study suggests that there is a favorable space for strengthening the primary care model already in the training process, so that students can experience, from an early age, practices that strengthen health services.

Keywords: integrality in health; higher education institutions; physiotherapy

RESUMEN

Introducción: Este estudio incluye discusiones sobre la integralidad en salud, un principio que integra el Sistema Único de Salud - SUS en el proceso de capacitación profesional de fisioterapeutas.

Objetivos: Analizar las caras de la integralidad en salud de los cursos de pregrado en fisioterapia en de educación superior en Brasil.

Métodos: Fue un estudio exploratorio, descriptivo, documental con un enfoque cualitativo y cuantitativo. Los datos se recopilaron en los sitios web de las instituciones educativas reconocidas por el Ministerio de Educación y Cultura y registrado en el Consejo Regional de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de la Décima Región, con un total de 11 instituciones de educación superior. Para el tratamiento y análisis de los datos, se utilizó el programa MAXQDA.

Resultados: Seis facetas de integralidad surgieron de los cursos de pregrado en fisioterapia: holístico, expandido, integrado, fragmentado, oculto y nulo, revelando la importancia de revisar constantemente las matrices curriculares e incluir en los programas de estudio el Sistema Único de Salud y sus principios en un intento de Garantizar la formación de profesionales preparados para trabajar en el sistema.

Conclusiones: El estudio sugiere que hay un espacio favorable para fortalecer el modelo de atención primaria que ya se encuentra en el proceso de capacitación, para que los estudiantes puedan experimentar prácticas que fortalezcan los servicios de salud desde una edad temprana.

Palabras Clave: integralidad en salud; instituciones de educación superior; fisioterapia

INTRODUÇÃO

O aumento do número de profissionais no mercado de trabalho do fisioterapeuta é significativo. De acordo com dados do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO10, são 7.465 fisioterapeutas cadastrados e 19 instituições, sendo que algumas delas oferecem curso em dois pólos, totalizando 23 locais em Santa Catarina que disponibilizam o curso de fisioterapia reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC do Brasil. (Crefito10, 2018).

Necessita-se conhecer a estrutura curricular dos cursos de graduação que colocam no mercado esses profissionais, na tentativa de entender se há formação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002 e nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. As diretrizes curriculares de 2002 marcavam a atenção integral como uma competência geral a ser desenvolvida pelos fisioterapeutas em formação colocando que os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo e que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. (Brasil, 2002)

Além disso, considera-se as novas diretrizes curriculares para o curso de fisioterapia, formuladas e apresentadas pela Associação Brasileira de Fisioterapia – ABENFISIO e Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO ao Ministério da Saúde, com parecer técnico 161/2017 (Brasil, 2017, p.06) trazem que “a formação deve mobilizar afetos, saberes e fazeres entre o indivíduo, sua família, seu trabalho, seu território e comunidade em geral, sendo o fisioterapeuta inserido nesse processo como um ator que atua como agente transformador da sociedade em seus distintos aspectos que envolvam a garantia à saúde e à vida”. Embora ainda não estejam em vigor, as novas diretrizes nacionais curriculares para o curso de fisioterapia, abordam questões pertinentes a inclusão do fisioterapeuta no SUS.

A integralidade é entendida por Mattos (2009) como um conceito polissêmico que se revela em diferentes saberes e práticas expressas no cotidiano da saúde. O autor tece comentários sobre três dos sentidos que se aplicam ao termo: o primeiro refere-se às práticas dos profissionais de saúde; o segundo aplica-se à organização dos serviços e o terceiro diz respeito às respostas do governo aos problemas de saúde.

A reflexão proposta para este estudo teve seu início a partir do primeiro sentido referido pelo autor, tendo como propósito a produção de conhecimento sobre as potencialidades e limites da prática da integralidade em saúde e, também, porque esta é uma das premissas do Sistema Único de Saúde pretendidas pela Estratégia Saúde da Família – ESF. Na tentativa de auxiliar a instituir a plena “integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho” da ESF foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Para se atingir o objetivo, profissionais de diferentes áreas do conhecimento integram a equipe do NASF, sendo incluído nesta portaria, o profissional fisioterapeuta (Brasil, 2008).

Os professores exercem papel importante na formação dos futuros profissionais de saúde. Lembrando Freire (2016, p.23) “não há docência sem discência” e apesar das diferenças entre os sujeitos, “quem ensina aprende a ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. A construção de uma identidade dos discentes baseia-se em interações sociais com o corpo docente e é moldada por valores e normas aprendidas no currículo formal e informal. Em detrimento disso, os educadores podem proporcionar aos seus alunos *feedback* avaliativo e estar aberto a novos saberes e novas práticas considerando as experiências e vivências trazidas pelo acadêmico para a construção da sua identidade profissional (Prato, 2013).

Formadores de opinião, mediadores de conhecimentos, os docentes têm a incumbência de repassar informações atualizadas e coerentes para o aprendizado desses profissionais. Saberes e práticas integradas consolidam uma formação voltada para a integralidade. Entretanto a separação de saberes, se estrutural, replica o problema que acaba se estendendo por várias gerações de formandos, perpetuando um trabalho inconsistente e desarticulado em razão da falta de conhecimento de muitos.

A integralidade necessita, para sua efetivação, ações interdisciplinares por parte dos profissionais de saúde, ela nega a fragmentação na qual cada profissional fica responsável por uma parte do indivíduo diante dos problemas de saúde. A atuação do profissional, considerando os aspectos da interdisciplinaridade, precisa ser trabalhada desde a formação, capacitando o futuro profissional a respeitar o outro, aceitar sugestões, comprometer-se com o SUS, ouvir a opinião do outro, colocar-se no lugar do outro, respeitar as diferenças e estar preparado para aprender ou mudar, se necessário, atuando com liderança pactuada e democrática (Santos et al, 2015).

A intercomunicação entre profissionais de saúde, professores de cursos de graduação e comunidade é fundamental para que se obtenha a substituição do modelo biomédico (ainda presente nos cursos de graduação) para o modelo ampliado de saúde (Marco, 2006). E, especialmente, para os profissionais da saúde ressalta-se “a importância da formação profissional e da educação permanente como duas das várias dimensões que configuram o exercício profissional como uma prática socialmente construída” (Ghizoni, Arruda & Tesser, 2010, p. 825).

A produção de conhecimentos por meio da interdisciplinaridade acontece pela articulação entre diferentes saberes considerando que “conhecimentos específicos de cada área se mantêm”. Nesse sentido, ressalta-se a importância de integrar cursos de graduação, mesmo que com propostas pedagógicas diferentes, mas que se unem na preocupação da “não fragmentação do processo ensino-aprendizagem”.

Nesta direção e como atualização as novas diretrizes curriculares da Fisioterapia apontam para a formação e atuação interprofissional, implicadas na interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum que é a atenção integral individual e coletiva em saúde. Para tanto, é imprescindível o apoio e estímulo da universidade na formação interprofissional desde o início da graduação (Toassi & Lewgoy, 2016, p.459). O estudo ora apresentado teve como objetivo conhecer as faces da integralidade em saúde dos cursos de graduação em fisioterapia das instituições de ensino superior de Santa Catarina por meio de análise das ementas das disciplinas que compoem a grade curricular.

Adotou-se a ideia de “faces” por considerar que integralidade se traduz nos vários sentidos encontrados nas descrições dos conteúdos das matrizes curriculares das disciplinas oferecidos pelos cursos de fisioterapia de acordo com estudos realizados por Ghizoni, Arruda e Tesser (2010), que destacaram as faces da integralidade em saúde como resultado da percepção de fisioterapeutas.

Observa-se ainda que a história brasileira da formação profissional em saúde registra uma forte tendência ao conhecimento hospitalocêntrico e biologicista. Os modelos tradicionais de ensino seguem valorizando a superespecialização ignorando um ensino problematizado tendo como base o saber coletivo sem levar em conta conhecimentos gerados a partir de uma visão ampliada sobre o humano que é, ao mesmo tempo, biopsicossocial. Segundo Morin (2000), ser ao mesmo tempo biopsicossocial não significa que uma destas dimensões se sobreponha à outra, significa que, sendo humano, qualquer uma de suas ações apresenta, simultaneamente, as dimensões biológica, psicológica, social e cultural pois são indissociáveis. Esse conceito de ser humano guarda as bases teóricas do ensino da condição humana proposto por Morin (2011).

O homem, como uma unidade complexa, deve ser cuidado como tal, sem ser dividido em partes, sob a perspectiva de um paradigma de complexidade. Mas só abandonando os modelos reducionistas de ensino-aprendizagem poderemos assumir uma perspectiva integradora de elementos novos capazes de promover um desenvolvimento pessoal para que haja a compreensão da complexidade humana.

1. MÉTODOS

Tratou-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, documental de abordagem qualitativa e quantitativa, tendo a integralidade em saúde e o processo de formação dos fisioterapeutas como eixos teóricos. A pesquisa documental tem como principal característica que sua fonte de coleta de dados está restrita a documentos (Marconi & Lakatos, 2005)

A presente pesquisa classificou-se como documental, pois a busca de informações foi em endereços eletrônicos das universidades de Santa Catarina. A pesquisa qualitativa “preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social (...) atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores” (Minayo & col., 2005, p.81).

Por outro lado, a pesquisa quantitativa trabalha com dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem que será utilizada nos gráficos de levantamento de dados do Curso (Silva, 2004). A pesquisa foi realizada em sites de Instituições de Ensino de Santa Catarina (IES) que disponibilizam o curso de fisioterapia, reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC. Foi consultado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região – CREFITO10 para obtenção dos nomes das instituições de ensino.

De acordo com dados obtidos no site do Conselho de Fisioterapia, dezenove instituições de ensino oferecem o curso de fisioterapia reconhecido pelo MEC, sendo que dentre essas apenas 11 apresentavam matrizes curriculares e ementas disponível no site, sendo integradas neste estudo.

Como recurso às buscas da dimensão “Integralidade em saúde” nos documentos, utilizou-se o programa de computador para análise qualitativa MAXQDA (VERBI Software. Consult. Sozialforschung. GmbH, 2016). Este programa auxilia a equipe de pesquisadores no processo de localização e marcação do conteúdo, destacando-se pela facilidade no tratamento dos dados e apresentação de novas visões das informações recolhidas pelo pesquisador. Neste sentido, o investigador é o principal responsável pelas análises dos dados, auxiliado por uma ferramenta informatizada (Bogdan & Biklen, 2013; García-Horta & Guerra-Ramos, 2009; Pope, Ziebland & Mays, 2000).

O tabela 1 refere-se às categorias e palavras-chave para pesquisa no MAXQDA e para sua construção baseou-se nos sentidos da palavra integralidade utilizados por Mattos (2004), pois o conhecimento e abordagem nas disciplinas do curso das categorias educação em saúde, princípios do SUS e formação em fisioterapia com base na integralidade são fundamentais para que seja possível que o aluno conheça e exercite a integralidade em saúde nos estágios durante a formação e após formados, como profissionais.

Tabela 1 – Categorias e Palavras-chave para pesquisa no software MAXQDA12

PALAVRAS-CHAVE PARA PESQUISA NO MAXQDA12	
Categoria/Códigos	Palavras-Chave/Subcódigos
Educação em Saúde (Lei 8080/1990, DCN 2002, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde 2004, Proposta de novas DCN para os cursos de graduação em fisioterapia, 2017)	Conceito de saúde e doença Saúde e doença Promoção da saúde Prevenção de doença Saúde coletiva Saúde pública SUS/ Sistema Único de Saúde Epidemiologia Educação em saúde Saúde Comunitária Educação Permanente em Saúde Qualidade de vida Saúde da família Programa de saúde Política de saúde
Princípios do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/1990)	Universalidade e equidade; Integralidade; Regionalização Hierarquização Resolutividade Descentralização; Participação/controle social Sistema Único de Saúde/SUS
Integralidade em Saúde (MATTOS, 2004, 2009; LAPPIS, 2018)	Integralidade da atenção Assistência integral Atendimento integral Atenção integral Atenção a saúde Trabalho em equipe interdisciplinar Trabalho integrado Interdisciplinaridade na saúde Interdisciplinaridade na atenção a saúde Estratégia Saúde da família – ESF Programa Saúde da Família – PSF Ações integradas de promoção e prevenção Prática integrativa
Formação em fisioterapia com base na integralidade (DCN, 2002, Proposta de novas DCN para os cursos de graduação em fisioterapia, 2017)	Fisioterapia na saúde coletiva Fisioterapia na promoção da saúde Fisioterapia preventiva Fisioterapia Comunitária Fisioterapia na comunidade Fisioterapia na atenção integral à saúde Formação integral em saúde

Fonte: autores

Foi cadastrado no programa MAXQDA cores às categorias do estudo e as IES foram codificadas com letras do alfabeto de A a K, aleatoriamente, preservando o sigilo e anonimato da instituição, respeitando assim aspectos éticos relacionados a pesquisa. Os dados obtidos na coleta realizada em julho de 2018, foram tratados separadamente por universidade participante.

A análise documental e levantamento quantitativo foi realizado com auxílio do MAXQDA. Optou-se pela análise documental como estratégia complementar; uma vez que os documentos representam uma versão específica de realidades construídas para objetivos específicos e, portanto, devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação (Flick, 2009). A análise documental pode ser definida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estudo ulterior a sua consulta e referência” (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo teve enfoque quanti-qualitativo e indutivo pautado na pesquisa documental, para a busca de indícios que sinalizassem a presença da integralidade em saúde como princípio do SUS na composição das ementas.

A análise de documentos é uma técnica importante de abordagem de dados qualitativos, segundo Richardson (1999, p. 230) “consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias

sociais e econômicas com as quais podem ser relacionadas.”. Assim, a dimensão Integralidade em saúde norteou a busca de dados para a pesquisa.

Em relação à análise dos dados da pesquisa quantitativa, utilizou-se a análise descritiva, aquela que visa apenas registrar e descrever as características de uma determinada população, uma vez que o objetivo do estudo é apenas descrever o fato em si (Marconi & Lakatos, 2005). Sendo assim, os dados quantitativos foram organizados e tabulados no programa Excel 2010 e, posteriormente realizada análise descritiva.

Este projeto não passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC por se tratar de pesquisa documental em base de dados de domínio público.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As faces da integralidade em saúde nos cursos de graduação de fisioterapia das instituições catarinenses

Considerando as categorias de estudo e as palavras-chave, descritas na tabela 1 encontradas em cada uma das instituições, utilizou-se as faces da integralidade em saúde com base no estudo de Ghizoni, Arruda e Tesser (2010) para relacionar os dados obtidos facilitando assim o entendimento. Nesse sentido, admitiu-se a caracterização de seis faces, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Faces da integralidade em saúde das universidades catarinenses e respectivos significados/conceitos

Face	Significado/Conceito
Face holística (universidade B)	Apresenta todas as categorias de análise, trabalhando o todo da formação com base nas diretrizes curriculares e preceitos do SUS
Face ampliada (universidades C e G)	Percebe-se um olhar ampliado na saúde e não somente enfoque na doença, há menção ao SUS, à qualidade de vida, à saúde coletiva.
Face integrada (universidade D)	Observa-se integração entre os conteúdos, pois se trabalha saúde coletiva e SUS, trabalho integrado como disciplina, integrando as disciplinas do curso.
Face fragmentada (universidades H e I)	Observa-se desassociação dos conteúdos, de forma que o SUS é trabalhado desarticulado da educação em saúde, não há integração das categorias.
Face oculta (universidades E, F, I)	Observa-se a presença da categoria e palavra-chave princípios do Sistema Único de Saúde, mas não aparece a palavra-chave integralidade explicitamente. Entende-se que há possibilidade de ser trabalhado o tema, ainda que ocultamente.
Face nula (universidades A e K)	Não há menção ao Sistema Único de Saúde/ SUS em nenhuma das categorias de estudo, o que caracteriza o nulo.

Adaptado de Ghizoni (2009)

No presente trabalho, a palavra face foi utilizada no sentido figurado, sendo entendida como aspecto ou característica do curso oferecido pelas universidades pesquisadas considerando e relacionando aos sentidos da palavra integralidade em saúde. As faces descritas na tabela 2, foram adaptadas do trabalho de Ghizoni (2009) e conceituadas a partir dos sentidos do termo integralidade atribuídos por Mattos (2001).

Para compreender os sentidos e significados do princípio da integralidade que emergiram dos cursos, tratou-se os dados a partir das concepções teóricas de Pinheiro & Mattos (2001, p. 12); segundo eles “integralidade é uma palavra que não pode ser nem ao menos chamada de conceito”. Estes autores acrescentam que “na melhor das hipóteses é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas”.

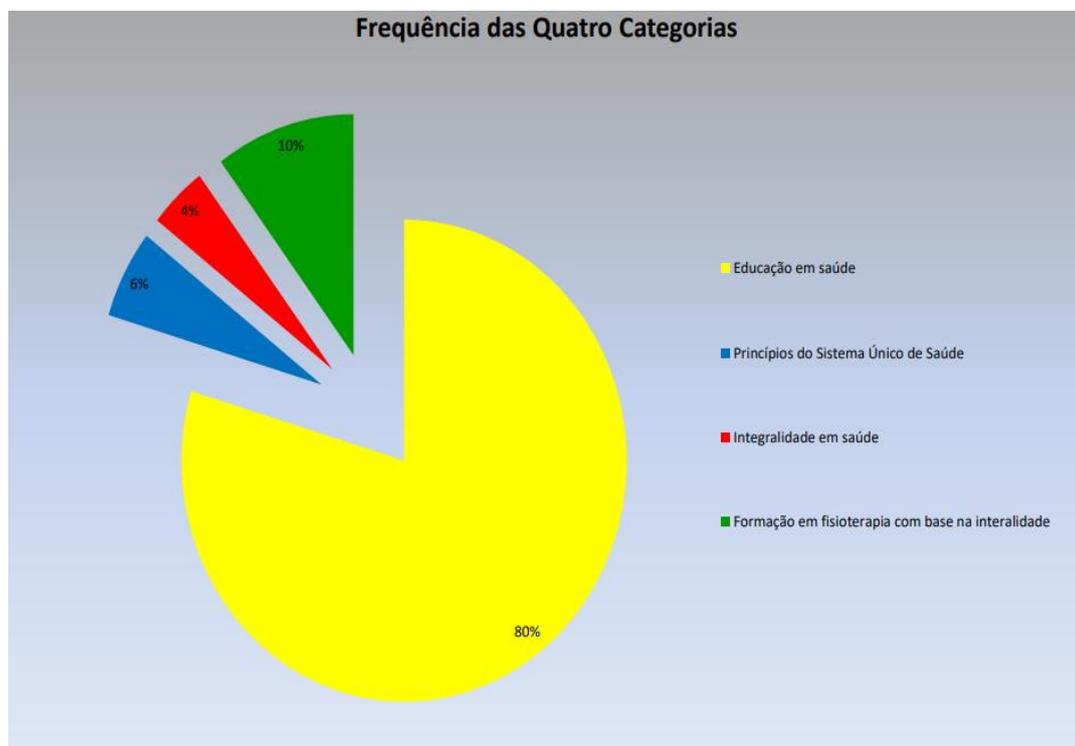
Alves (2005, p. 43) destaca, de acordo com sua percepção, que o termo integralidade representa:

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial.

No trabalho de Alves (2005), a integralidade é analisada na ESF (Estratégia Saúde da Família), mas os sentidos acima mencionados podem ser atribuídos a todos os níveis da atenção. O importante é que sejam assimilados na atuação profissional, pelos profissionais envolvidos.

Mesmo se tratando de uma diretriz do Sistema de Saúde brasileiro, a integralidade também é vista como um ideal de atendimento, o que pressupõe ser um princípio de atendimento à saúde.

Em cada nível aqui nomeado de categoria, alguns indicadores foram destacados. As categorias foram utilizadas para que o programa MAXQDA12 fizesse a busca lexical do vocábulo **no documento todo**. Utilizou-se diferentes cores para cada categoria de análise. A cor amarela foi utilizada para categoria educação em saúde, a cor azul para princípios do SUS, vermelho para integralidade em saúde e verde para formação em fisioterapia com base na integralidade como demonstrado na figura 1 a seguir.



Fonte: autores

Figura 1 - Frequência das categorias gerais do estudo nas universidades pesquisadas

Foram encontradas um total de 111 palavras-chave de todas as pesquisadas, sendo que 80% pertenciam a categoria educação em saúde, 10% à formação da fisioterapia com base na integralidade, 6% princípios do SUS e 4% sobre integralidade em saúde. Mesmo sendo um estudo de natureza qualitativa, os percentuais aqui apresentados foram construídos para organizar e auxiliar o processo de análise qualitativa.

A universidade B, entendida como aquela que apresentou a face holística do princípio da integralidade em saúde. Isso porque nas disciplinas do curso dessa instituição pôde-se observar a preocupação em formar profissionais a partir das diretrizes curriculares, fisioterapeutas preparados a atuar no sistema de saúde vigente no país. Todas as categorias de análise deste estudo foram identificadas, diferente do que ocorreu nas demais. Observou-se na mesma instituição que a palavra-chave saúde coletiva apareceu 7 vezes, saúde da família 3 vezes e fisioterapia na saúde coletiva também 3 vezes, esta última sendo parte integrante da categoria formação em fisioterapia com base na integralidade.

Uma face holística, porque esta visão abre nova perspectiva aos fisioterapeutas. A possibilidade de se considerar o todo acrescentando o movimento de religação a um conjunto desmontado, à totalidade fragmentada. A construção de conhecimento/processo de formação do fisioterapeuta, segundo Morin (1998), inclui estabelecer relações. O autor chama a atenção para o fato de que não há um único modo de aprendizado. O processo cognitivo é processo complexo, porque é preciso ampliar o pensamento para ver o objeto de estudo e suas relações com outros objetos.

As universidades C e G articulam diferentes possibilidades para a ampliação do pensamento a partir do curso que oferecem, ou da forma como articulam epidemiologia com educação em saúde, articulam prevenção de doença com promoção da saúde, que é um dos sentidos da palavra integralidade, segundo Mattos (2004).

A face integrada aparece de forma mais destacada na universidade D, que teve preocupação de inserir nas matrizes curriculares dos cursos o “trabalho integrado”, além de trabalhar SUS e saúde coletiva na sua ementa. De acordo com Ghizoni, Arruda & Tesser (2010, p 08) “com o desenvolvimento do conhecimento humano, a perspectiva de interconexão amplia a visão, permitindo a compreensão da complementaridade entre os saberes e as profissões”, assim é fundamental que a prática da interdisciplinaridade aconteça desde a formação dos futuros profissionais da saúde, pois quando forem atuar estarão familiarizados com essa forma de abordagem, em que se aprecia o humano na sua totalidade, com auxílio de diversos olhares voltados a uma mesma finalidade,

tanto individualmente quanto no coletivo. Um processo de formação que inclui em seu currículo o “trabalho integrado” possibilita pensar na relação entre teoria e prática, contribuindo para uma formação que coloca o curso e os educadores frente a novos desafios.

Ao contrário da face integrada, está a face fragmentada (anti-interdisciplinaridade); pois as palavras-chave que apareceram sinalizam um trabalho pouco articulado, fragmentado, não relacionando os conteúdos, não integrando as categorias. Pensando nas necessidades sociais em saúde, é fundamental considerar a interdisciplinaridade na construção das matrizes curriculares para além dos setores educação e saúde (Rocha et al, 2010).

Em estudo com alunos dos cursos de graduação em saúde da Universidade Federal de Pernambuco, Nunes Junior, Vasconcelos e Arantes (2017) observaram que a percepção dos acadêmicos ainda mostra a necessidade de mudanças na estrutura curricular de seus respectivos cursos para favorecer uma melhor atuação profissional no SUS. Segundo os autores, faz-se necessário “sensibilizar as instâncias cabíveis sobre a importância da multidisciplinaridade, bem como a articulação entre as instâncias que compõe o Quadrilátero da Formação (instituição de ensino, serviços de saúde, a gestão e os dispositivos de controle social) na criação de práticas no SUS que envolvam os diversos níveis de atenção e complexidade do sistema” (Nunes Junior, Vasconcelos & Arantes, 2017, p.25).

A face fragmentada pode simbolizar, devido a pouca integração das disciplinas e quase nenhuma menção ao SUS, a um modelo de fisioterapia reabilitadora, que segundo Bispo Jr (2010, p.1630) se limita, quase exclusivamente, ao controle dos danos de determinadas doenças. Segundo este autor, a “atuação na fisioterapia reabilitadora é destinada à cura de determinadas enfermidades e/ou a reabilitação de sequelas e complicações” sendo seu “objeto de intervenção é o sujeito individualizado, quando não, apenas partes ou órgãos isolados do corpo”, o que sinaliza uma face fragmentada, baseada no reducionismo, no modelo hospitalocêntrico, onde o profissional só se preocupa com casos de doenças já instaladas, onde ou há cura, sequela ou reabilitação.

Segundo Almeida, Martins & Escalda (2014,p.277) “o ensino em fisioterapia ainda não privilegia o SUS e seus princípios e eixos norteadores, como a integralidade”. Eles salientam a dificuldade de incorporar a “integralidade como tema transversal de modo que a mesma não esteja mais restrita a um núcleo de disciplinas, passando a estar presente em diferentes disciplinas de distintas áreas do conhecimento, como também sendo operacionalizada nas atividades práticas, estágios, projetos de pesquisa, extensão”. Acredita-se na transformação do modelo hegemônico para um modelo baseado na integralidade em saúde, mas esse processo é longo e a mudança precisa iniciar nas instituições formadoras, alterando suas disciplinas e conteúdos, capacitando o corpo docente a estimular seus alunos na busca pela visão ampliada da saúde (Almeida, Martins & Escalda, 2014), como se conseguiu perceber nas universidades C e G, caracterizadas pela face ampliada de saúde, em que se observa a preocupação com o olhar ampliado na saúde, pois articula três categorias do estudo e as palavras-chave prevenção de doenças e promoção da saúde, ou reúne palavras-chave saúde coletiva e Programa Saúde da Família (PSF).

Na face oculta, caracterizada na tabela 2, observa-se a preocupação em se estudar o SUS (embora não aborde explicitamente seus princípios). Consideram-se como face oculta as universidades E, F, I pois as palavras-chave e categorias que apareceram possibilitam a discussão sobre os princípios do SUS, mais especificamente sobre a integralidade, ainda que ocultamente. Ao passo que a Lei 8080/1990 traz a integralidade como diretriz do SUS, quando se estuda o Sistema Único de Saúde e a saúde coletiva nas instituições identificadas como face oculta, entende-se que há possibilidade de se abranger o estudo nos princípios que regem o sistema.

Ainda que seja discreta a abordagem ao princípio da integralidade durante a formação, pode-se estimular no estudante o interesse em aprofundar seu conhecimento no tema, desenvolvendo futuramente um trabalho baseado nas premissas do SUS, assim como sinaliza Mattos (2004, p.1415) afirma que “há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a integralidade no seu cotidiano”

Observa-se face nula nas universidades A e K, já que não há nenhuma menção ao SUS, princípios do SUS, nem a integralidade em saúde, a formação com base na integralidade, o que causa preocupação pois como preparar profissionais a atuar no sistema de saúde, estudar a saúde pública, ignorando o SUS e seus princípios? A face nula representa a total falta de abordagem sobre o SUS durante a formação dos profissionais. De acordo com Souza et al (2012), a fisioterapia precisa decidir seu objeto de intervenção e aproximar-se da saúde coletiva, sem deixar de lado suas habilidades de reabilitação. Os autores relatam que “os cursos de formação em Fisioterapia devem romper com o modelo reabilitador privatista e fundamentar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde e no perfil populacional” (Souza et al, 2012, p.457). Precisa-se somar as possibilidades de atuação do profissional, apresentar-lhes durante o processo de formação a possibilidade de atuação na atenção primária, para tanto é fundamental o estudo da saúde coletiva, SUS e seus princípios.

De fato, a formação de profissionais com o pensamento sistêmico e capaz de compreender de forma ampliada a ideia de Integralidade é um grande desafio para a prática docente e para as Universidades. As mudanças que aqui discutimos estão diretamente articuladas à mudança de paradigmas, que incluem redefinição de saberes e de práticas (Brehmer, 2016).

CONCLUSÕES

Conclui-se com o estudo, a importância de revisar periodicamente em concordância com as DCNs, as matrizes curriculares e programas na busca de um processo de formação profissional que capacite os fisioterapeutas a atuar em todas as áreas e níveis de atenção à saúde em conformidade com a necessidade da população, para se alterar a visão reducionista e assistencialista do profissional fisioterapeuta.

Incluir nos conteúdos trabalhados nas disciplinas o SUS e seus princípios poderá garantir uma formação do profissional preparado a atuar no sistema. Infelizmente como visto nesta pesquisa, ainda existem universidades que insistem em ignorar o SUS em sua matriz curricular e conteúdo das disciplinas, o que é lamentável tendo em vista que o sistema acolherá muitos dos futuros profissionais da saúde, no caso dos futuros fisioterapeutas. Além disso, a falta de compreensão sobre o SUS, seus princípios podem gerar prevalência de um olhar nas atenções secundária e terciária à saúde. Compreendemos que se torna fundamental a apresentação da possibilidade da atuação de forma integral, interdisciplinar aos alunos para que possam decidir posteriormente qual caminho seguir profissionalmente.

O estudo mostrou que a integralidade ainda é traduzida em faces variadas fruto, possivelmente, de uma formação profissional oriunda de contextos institucionais diversos e, por vezes, dissociados das necessidades do SUS da produção de cuidado integral em saúde. Observou-se a presença de 6 faces: holística (em que todas as categorias de análise se fazem presente), ampliada (observa-se a preocupação com olhar ampliado de saúde, articulando conteúdos relacionados a integralidade), integrada (onde observa-se entre as disciplinas), fragmentada (desassociação entre conteúdos, onde se trabalha SUS separado da educação em saúde), oculta (há presença da palavra SUS, indicando possibilidade de que a integralidade seja trabalhada, ainda que ocultamente nos conteúdos) e nula (nenhuma categoria da pesquisa foi encontrada, sugerindo-se que a integralidade e o SUS não são trabalhados na graduação). Essas faces ainda que antagônicas, garantem a existência de uma prática profissional plural e diversa. Este estudo mostrou a existência de um espaço favorável para o fortalecimento do modelo de atenção básica já no processo de formação, para que os alunos possam vivenciar desde cedo práticas que fortaleçam os serviços de saúde. Entretanto, as universidades não podem mais se configurar como uma estrutura fechada à mudança, perpetuando a dicotomia entre teoria e prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. M., Martins, A. M., & Escalda, P. M. F. (2014). Integralidade e formação para o Sistema Único de Saúde na perspectiva de graduandos em Fisioterapia. *Rev. Fisioter Pesq*, 21(3),271-278. Acedido em: <https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/88390> Acesso: 30/07/2018.
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2005 Feb [cited 2019 July 31] ; 9(16): 39-52. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 70.
- Bispo Júnior, J. P. (2010). Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1627-1636. Acedido em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000700074&script=sci_arttext&tlng=es Acesso em: 01/08/2018.
- Bogdan, R, & Biklen, S (2013). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos(1990b)*. Porto Editora, dezembro de 2013 ISBN: 978-972-0-34112-9.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2008). Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Acedido em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
- Brasil. Ministério da Educação – MEC. Institui as diretrizes curriculares para os cursos de graduação – DCN. Resolução n. 4 CNE/CES, 19 fevereiro 2002. Acedido em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES112002.pdf>. [Acesso em 10 fev 2008].
- Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 559 de 18 de setembro de 2017. Aprovar o Parecer Técnico nº 161/2017. Dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Acedido em http://www.lex.com.br/legis_27612591_RESOLUCAO_N_559_DE_15_DE_SETEMBRO_DE_2017.aspx Acesso em: 28 de maio de 2018.

- Brasil. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 13 fev.
- Brehmer, L. C. F., & Ramos, F. R. S. (2016). O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Mar [cited 2019 July 31]; 20(56): 135-145. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100135&lng=en. Epub Nov 03, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0218>.
- Crefito10, 2018. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª região. Endereço de IES Catarinenses. Acedido em <http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?ids=99> Acesso em: 17 de agosto de 2017.
- Flick, U. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed.
- Freire, P. (2016). Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 57ª ed. São Paulo: Paz e Terra.
- García-Horta, J. B., & Guerra-Ramos, M. T. (2009). The use of CAQDAS in educational research: some advantages, limitations and potential risks. *International Journal of Research & Method in Education*, 32(2), 151-165. Acedido em <<http://dx.doi.org/10.1080/17437270902946686>>. Acesso em: 5 set. 2010.
- Ghizoni, A. C. (2009). *As faces da integralidade em saúde: estudo sobre a percepção dos fisioterapeutas das clínicas de Lages (SC)*. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em saúde coletiva. UNIPLAC.
- Ghizoni, A. C., Arruda, Ma. P., & Tesser, C. D. (2010). A integralidade na visão dos fisioterapeutas de um município de médio porte. *Interface (Botucatu)*, 14, n.35, 825-837.
- Holanda, A. B. (2010). Mini Dicionário da Língua Portuguesa. 8ª ed., Curitiba: Positivo Editora.
- Marconi, M. A., & Lakatos E. M. (2005). Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo, SP: Atlas.
- Mattos, R. A. (2009). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro Roseni, Mattos, Rubens Araujo de & col. Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde, 8ed., Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO.
- Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, set./out, 20, n.5, p.1411-1416. ISSN 0102-311X.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, p. 39-64.
- Minayo, M. C. S., & colaboradores (2005). Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG Souza, ER. (org.). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- Morin, E. (1998). A ciência com consciência. Lisboa: Europa América.
- Morin, E. (2011). Ensinar a condição humana. In E. Morin, Os sete saberes necessários para a educação do futuro (pp. 47-59, 2a ed.). Brasília: UNESCO.
- MAXQDA. Qualitative Data Analysis Software. Disponível em: <http://www.maxqda.com/> Acesso em: 27/08/2018
- Nunes, J. J. R., Vasconcelos, C. R., & Arantes, A. C. P. (2017). Formação para o trabalho no SUS: um olhar para o núcleo de apoio à saúde da família e suas categorias profissionais *Cad. Edu saúde e Fis.*, v. 4, n. 7. Acedido em http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/798/pdf_37 Acesso em 03 de agosto de 2018.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Prato, D. D. (2013). Students' voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. *Nurse Education Today*, p. 286–290. Acedido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712001840>. Acesso em 10/05/2017.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320, 114-116. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>
- Rocha, V. et al (2010). As diretrizes curriculares e as mudanças na formação de profissionais fisioterapeutas. *Fisioter. Bras.* 11(5), 4-8.
- Richardson, R. J. (1999). Pesquisa social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas.
- Santos, R. N. L. C., et al (2015). Integralidade e Interdisciplinaridade na Formação de Estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39 (3), 378 – 387. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000300378&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 02/05/2017.

Silva, C. R. (2004) O. Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC.

Souza, M. C. de, et al (2012). Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *O*

Mundo da Saúde, São Paulo, 36(3), 452-460. Acedido em

https://www.researchgate.net/profile/Marcio_Souza14/publication/299595607_Integralidade_na_atencao_a_saude_u_m_olhar_da_Equipe_de_Saude_da_Familia_sobre_a_fisioterapia/links/5701bc0908aee995dde8dd0b.pdf Acesso:

30/07/2018.

Toassi, R. F. C., & Lewgoy, A. M. B. (2016). Integrated Health Practices I: an innovative experience through inter-curricular integration and interdisciplinarity. *Interface (Botucatu)*, 20(57), 449-61.

Millenium, (ed espec nº5), 119-126.

pt

CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERSPETIVA DOS AGENTES EDUCATIVOS
CITIZENSHIP AND GENDER EQUALITY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE PERSPECTIVE OF EDUCATION STAKEHOLDERS
CIUDADANÍA E IGUALDAD DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA PERSPECTIVA DE LOS AGENTES EDUCATIVOS

António Madureira Dias¹
Madalena Cunha²
Adriana Oliveira³
Carolina Reis³
Inês Oliveira³
Leonardo Maltez³
Leonor Fernandes³
Mariana Nogueira³
Stefanie Osório³

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal

António Madureira Dias - madureiradias@gmail.com | Madalena Cunha - iolmadalena2@gmail.com | Adriana Oliveira - adrianapintoo97@gmail.com |
Carolina Reis - carolreispfm@gmail.com | Inês Oliveira - innees96@gmail.com | Leonardo Maltez - maltez.leonardo@gmail.com |
Leonor Fernandes - leo.erbert@gmail.com | Mariana Nogueira - marianaluis11@hotmail.com | Stefanie Osório - stefanieosorio.97@hotmail.com



Autor Correspondente

António Madureira Dias
Escola Superior de Saúde de Viseu
R. D. João Crisostomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu - Portugal
madureiradias@gmail.com

RECEBIDO: 9 de março de 2019
ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: O direito à educação da criança/adolescente em relação à sua preparação para o desempenho da cidadania é um dos objetivos da educação inclusiva, que deve promover o respeito pela dignidade das crianças/adolescentes, apoiando-os de igual forma, independentemente do seu género.

Objetivos: Avaliar os conhecimentos dos agentes educativos sobre cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, transversal, realizado numa amostra não probabilística de conveniência, constituída por 136 participantes, professores (62,5%), enfermeiros (32,4%) e polícias (5,1%), com uma média de idades de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), sendo 70,6% do género feminino. Foi utilizado o *questionário ad hoc*, Cidadania e Igualdade de Género em Crianças e Adolescentes (CIG-CA) de Cunha (2017), constituído por 2 escalas, uma referente à educação e linguagem inclusiva e outra aos conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género, tendo em conta dois fatores: tarefas domésticas e cuidar dos filhos.

Resultados: Apurou-se que as percentagens mais elevadas correspondem aos participantes que referem ter conhecimento sobre cidadania e igualdade de género no que se refere à linguagem inclusiva (O Ser Humano 89,7% vs. O(A) Professor(a) 75,0%). Na globalidade, há uma prevalência de bons conhecimentos (40,4%), seguindo-se os razoáveis conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género.

Conclusões: Os resultados permitiram reconhecer um foco de interesse para a intervenção da enfermagem no âmbito do *projecto MaiSaúdeMental*, e para a definição de estratégias para a promoção da cidadania das crianças / adolescentes no contexto escolar e comunitário, mobilizando os recursos dos agentes educativos para uma inclusão mais efetiva.

Palavras-chave: participação da comunidade; criança; adolescente; género

ABSTRACT

Introduction: The right to education for children / adolescents in relation to their preparation for the performance of citizenship is one of the objectives of inclusive education, which should promote respect for the dignity of children / adolescents, supporting them equally, regardless of their genre.

Objectives: To evaluate the knowledge of educational agents about citizenship and gender equality in children and adolescents.

Methods: A quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out in a non-probabilistic convenience sample, comprising 136 participants, teachers (62.5%), nurses (32.4%) and police (5.1%), and a mean age of 48.34 years (± 7.49 years), being mostly female (70.6%). The "*ad hoc*" questionnaire Citizenship and Gender Equality in Children and Adolescents (CIG-CA)" of Cunha (2017) was used, consisting of 2 scales, one referring to education and inclusive language and another to knowledge about citizenship and equality taking into account two factors: household chores and childcare

Results: The highest percentages were found to correspond to participants who reported having knowledge about citizenship and gender equality in terms of inclusive language (Human Being 89.7% vs. Professor 75.0%). Overall, there is a prevalence of good knowledge (40.4%), followed by moderate knowledge about citizenship and gender equality.

Conclusions: The results made it possible to recognize a focus of interest for the intervention of nursing within the *MaiSaúdeMental* project, and for the definition of strategies for the promotion of citizenship of children / adolescents in the school and community context, mobilizing the resources of educational agents for a more inclusive effective.

Keywords: community participation; child; adolescent; genre

RESUMEN

Introducción: El derecho a la educación de los niños / adolescentes en relación con su preparación para el desempeño de la ciudadanía es uno de los objetivos de la educación inclusiva, que debe promover el respeto por la dignidad de los niños / adolescentes, apoyándolos por igual, independientemente de su género.

Objetivos: Evaluar el conocimiento de los agentes educativos sobre ciudadanía e igualdad de género en niños y adolescentes.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado en una muestra de conveniencia no probabilística, con 136 participantes, docentes (62.5%), enfermeras (32.4%) y policías (5.1%), con una edad media 48,34 años ($\pm 7,49$ años), siendo el 70,6% mujeres.

Se utilizó el cuestionario ad hoc, Ciudadanía e igualdad de género en niños y adolescentes (CIG-CA) de Cunha (2017), que consta de 2 escalas, una que se refiere a la educación y el lenguaje inclusivo y la otra al conocimiento sobre ciudadanía e igualdad de género, teniendo en cuenta dos factores: tareas domésticas y cuidado de niños.

Resultados: Se encontró que los porcentajes más altos corresponden a participantes con conocimiento sobre ciudadanía e igualdad de género con respecto al lenguaje inclusivo (el ser humano 89.7% vs. el maestro 75.0%). En general, existe una prevalencia de buen conocimiento (40.4%), seguido de un conocimiento razonable sobre ciudadanía e igualdad de género.

Conclusiones: Los resultados permitieron reconocer un foco de interés para la intervención de enfermería dentro del *proyecto MaiSaúdeMental*, y para la definición de estrategias para la promoción de la ciudadanía de niños / adolescentes en el contexto escolar y comunitario, movilizandolos recursos de los agentes educativos para una inclusión más efectiva.

Palabras clave: participación comunitaria; niño; adolescente; género

INTRODUÇÃO

A diversidade de características dos homens e das mulheres assume importância na trajetória de cada pessoa ao longo do seu ciclo vital, estando em contínuo movimento, construindo-se em função de uma multiplicidade de fatores históricos e contextuais. Estas possibilidades de desenvolvimento e de aprendizagem têm sido, no entanto, historicamente restringidas, sempre com base na defesa de estereótipos, conducentes a desigualdades e a discriminações, penalizadoras em maior escala para o sexo feminino. (Vieira, Nogueira & Tavares, 2009)

A cidadania das crianças e adolescentes acontece e acompanha o decorrer das várias atividades quotidianas. Está presente nas suas atitudes em relação aos amigos, à família, aos professores, bem como nas ações recíprocas dos adultos para com eles. Ser cidadão durante a infância e a adolescência não significa unicamente obedecer às leis e ter os seus direitos respeitados, mas também preparar-se para exercer a cidadania no futuro, num sentido mais amplo. Deste modo, os princípios transmitidos pelos pais, professores e outros agentes educativos refletem-se na formação da personalidade e nos comportamentos que as crianças/adolescentes têm quando adultos. Sem uma formação precoce ao nível da cidadania e de igualdade de gênero, estar-se-á a educar com base em estereótipos. O exercício da cidadania não depende somente dos atos do Estado para com cada cidadão, mas também daquilo que se faz no dia-a-dia para a realização dos projetos de vida. (Bucchianeri, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2013).

O direito à educação da criança/adolescente em relação à sua preparação para o desempenho da cidadania é um dos objetivos da educação inclusiva, que deve promover o respeito pela diferença entre as crianças/adolescentes, apoiando-os de igual forma, independentemente do seu gênero. A formação dos agentes educativos é um elemento central para elevar a qualidade da educação inclusiva, numa perspectiva da implementação da igualdade de gênero. (Freitas, 2011). A conceção da educação no âmbito da cidadania requer que esta seja vista num processo dialético, contínuo, histórico, contextualizado, marcado por contradições e pela procura da superação dessas mesmas contradições. (Freitas, 2011). Assim compreendida, a educação inclusiva insere-se no cenário histórico dos direitos de cada cidadão, ou seja, dos direitos encarados como indicadores do progresso social e histórico, com vista a uma sociedade mais igualitária, sem estereótipos. A mesma autora argumenta que a inclusão em educação tem implícito o ato de relegar os discursos educacionais que excluem as diferenças. O sistema educacional tem de proporcionar iguais oportunidades para o desenvolvimento e para a formação individual de cada criança/adolescente, com práticas educativas que respeitem as necessidades dos alunos, as suas características individuais e as suas potencialidades de aprendizagem, garantindo-se, assim, a sua qualidade de vida e, a partir daí, uma perspectiva de igualdade social. (Freitas, 2011).

A cidadania, enquanto prática, possibilita que cada pessoa exerça os seus direitos como cidadã. A prática de cidadania varia desde a responsabilidade cívica à ação democrática e é a expressão ativa da responsabilidade de direitos de cidadania. Os direitos de cidadania são os instrumentos para uma cidadania ativa. (Inter-Agency Working Group on Children's Participation, 2018).

No contexto das sociedades contemporâneas, onde ocorrem múltiplas mudanças sociais, três termos ocorrem com um certo destaque: diversidade, pluralidade e diferença. (Freitas, & Araújo, 2016). Os mesmos autores referem também que se está perante vocábulos que têm ganho cada vez mais destaque nos discursos sociais. Passando pela linguagem dos professores em contexto de sala de aulas, terminando na produção de políticas públicas, essas expressões remetem para um novo paradigma social, centrado na valorização da diferença e da diversidade. (Barreto, Carrara, & Dacach, 2013; Leaper, & Brown, 2018).

O espaço escolar assume-se como um lugar singular para a criação e reprodução de saberes e de cultura. As discriminações de gênero, étnico-racial e de orientação sexual, bem a violência sexista, são produzidas e reproduzidas em todos os espaços da vida social, com repercussões no desenvolvimento integral das crianças/adolescentes. O gênero tem as suas raízes na união de duas ideias fulcrais do pensamento ocidental moderno: a primeira refere-se à base material da identidade e o seu legado assenta na noção dominante na maioria das sociedades industrializadas de que a distinção entre masculino e feminino, numa grande parte dos seus aspetos fundamentais, era causada pelos fatores biológicos e por eles expressa; a segunda relaciona-se com a construção social do caráter humano. (Nunes, 2015).

As discussões sobre o constructo gênero são o resultado da tentativa de compreender as desigualdades entre homens e mulheres na cultura das sociedades ocidentais. Antes, os estudos davam primazia à condição social da mulher para perceber o porquê da desvalorização das tarefas das mulheres em detrimento às dos homens. Uma das explicações alicerçava-se na diferença biológica entre homens e mulheres. (Albernaz, & Longhi, 2009).

Todavia, não é a componente biológica que determina a divisão de atividades entre homens e mulheres, porque, se assim o fosse não seria possível uma variação tão grande no comportamento de homens e de mulheres nas diferentes sociedades. Alguns autores consideram gênero e sexualidade como dimensões divergentes, porém partes integrantes da identidade de cada pessoa, sendo produto dos efeitos do poder, transformando-se em conformidade com os valores sociais vigentes. (França, & Calsa, 2009). No contexto escolar, é importante que os agentes educativos se envolvam na problematização dos conceitos de gênero, possibilitando aos indivíduos a (des)construção e (re)construção de conhecimentos sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. (França, & Calsa, 2009).

A adaptação e aceitação da diversidade de gênero em crianças e adolescentes, bem como a vivência positiva de uma cidadania inclusiva, constituem temas prioritários de pesquisa para a promoção da saúde mental e prevenção do comportamento de risco nestas etapas do ciclo vital.

Do exposto, emerge como pertinente produzir informação diagnóstica sobre esta problemática. Assim, a equipa do projeto delimitou como pergunta orientadora da investigação, a seguinte: *Qual o nível de conhecimentos dos agentes educativos sobre cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes?*

Em consonância definiu-se como objetivo principal avaliar os conhecimentos dos agentes educativos sobre cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes.

1. MÉTODOS

Estudo de natureza quantitativa, descritivo e foco transversal, inserido no Projeto de Monitorização e Avaliação dos Indicadores de Saúde Mental das Crianças e Adolescentes: da Investigação à Prática “MaiSaúde Mental” em curso na Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal (Referência: Centro – 01-0145-FEDER-023293).

1.1 Participantes

A amostra é constituída por 136 participantes, gentes educativos, da saúde e da segurança da zona centro de Portugal continental, integrando professores (62,5%), enfermeiros da valência da saúde escolar (32,4%) e polícias da equipa *Escola Segura* (5,1%). Para seleção dos participantes aplicou-se uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, apurando-se uma amostra cujo perfil sociodemográfico e profissional revela integrar maioritariamente mulheres (70.6%), com idades compreendidas entre 31 e 62 anos e uma média de 48,34 anos (± 4.9), 72.8% residentes em meio rural; 70.6% possuem companheiro(a); 68.4% são licenciados; a média do tempo de serviço é de 24.33 anos ($\pm Dp = 7.19$) e 78.7% possuem contrato profissional com vínculo.

1.2 Instrumento de recolha de dados

O questionário da *ad hoc*: “Cidadania e Igualdade de Género em Crianças e Adolescentes (CIG-CA)” de Cunha (2017) é constituído por 2 escalas. Assim, a primeira contém 143 itens que se referem à educação inclusiva e linguagem; a segunda possui 5 itens que dizem respeito a exemplos de linguagem inclusiva, sendo ambas avaliadas 1 “Sim” e 0 (zero) “Não” e quanto mais alto o score mais elevado o nível de conhecimento. A segunda parte possui 11 itens, mensurados na forma 0 (zero) “Não” e 1 “Sim”.

O estudo da consistência interna confirmou alfas de *Cronbach*, muito bons, oscilando entre $\alpha=0,896$ e $\alpha=0,822$. O coeficiente de bipartição indica a existência de boa e muito boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* para a primeira metade de 0,862 e para a segunda de 0,929, e um alfa global de 0,914. Apuraram-se dois fatores: Fator 1 – Tarefas domésticas (itens 1, 2, 3, 4 e 5); Fator 2 – Cuidar dos filhos (itens 6, 7, 8, 9, 10 e 11) e quanto mais alto o score mais elevado o nível de conhecimento.

1.3 Requisitos Legais

A concretização do estudo foi precedida do parecer favorável da Comissão de Ética n.º 24/2017 e da autorização dos dirigentes das instituições para recolha de dados. Foi assegurado aos participantes, após consentimento informado, confidencialidade sobre os dados obtidos e sobre a preservação do anonimato.

2. RESULTADOS

• *Conhecimento sobre cidadania e igualdade de género*

Os participantes revelaram possuir conhecimentos sobre linguagem inclusiva pontuando com percentagens mais elevadas nas designações, *O Ser Humano* 89.7% e *O (A) Professor(a)* 75,0% (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação do conhecimento sobre cidadania e igualdade de género.

Avaliação do conhecimento sobre cidadania e igualdade de género	Sim		Não	
	N	%	N	%
São exemplos de linguagem inclusiva os seguintes:				
O (A) Professor (a)	102	75.0	34	25.0
A (O) Professora (r)	93	68.4	43	31.6
O HOMEM	78	57.4	58	42.6
A Mulher e o Homem	99	72.8	37	27.2
O Ser Humano	122	89.7	14	10.3
Total	136	100.0	136	100.0

* Os resultados expressos em todas as tabelas resultaram do tratamento estatístico dos dados recolhidos junto dos participantes da amostra em 2018, na zona centro de Portugal continental, pelo que de modo a tornar o texto mais fluido se optou por omitir a fonte e o ano.

Na globalidade, há uma prevalência de bons conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género (40,4%), seguindo-se o grupo dos razoáveis conhecimentos. As mulheres apresentam percentagens mais elevadas em todos os grupos de coorte/score (fracos conhecimentos 76,3% vs. razoáveis conhecimentos 31,6% vs. bons conhecimentos 70,9%). (cf. Tabela 2).

Relativamente aos grupos etários, são os participantes mais novos (≤ 44 anos) os que revelam fracos conhecimentos (42,1%). Com razoáveis conhecimentos estão mais representados os participantes mais velhos (≥ 55 anos), com uma representatividade de 44,2%, sendo também estes os que revelam maioritariamente bons conhecimentos (56,4%).

A análise dos valores percentuais mais elevados em função do estado civil, permite constatar que correspondem aos participantes com companheiro, designadamente: fracos conhecimentos (63,2%), razoáveis conhecimentos (74,4%) e bons conhecimentos (72,7%).

Em relação às habilitações literárias, verifica-se que são os participantes licenciados aqueles que manifestam fracos conhecimentos (63,2%), razoáveis conhecimentos (65,1%) e bons conhecimentos (47,5%).

São os participantes que residem em meio urbano que revelam fracos conhecimentos (52,6%), razoáveis (86,0%) e bons conhecimentos (76,4%), com relevância estatisticamente significativas ($\chi^2=11,967$; $p=0,003$), situadas entre os residentes em meio urbano e com razoáveis conhecimentos e os que vivem em zona rural com fracos conhecimentos.

O grupo profissional com fracos conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género é o dos professores (52,6%), seguidos dos enfermeiros (44,7%). É no grupo de professores onde se registam também percentagens mais elevadas para os razoáveis conhecimentos (69,8%) e bons conhecimentos (63,65). (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Relação entre nível de conhecimento sobre cidadania e igualdade de género e as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Conhecimentos Variáveis	Fracos	Razoáveis	Bons	Total	Residuais			χ^2	p
	n(%) 38(27,9)	N (%) 43(31,6)	N (%) 55(40,4)	N (%) 136(100)	1	2	3		
Género									
Masculino	9(23,7)	15(34,9)	16(29,1)	40(29,4)	-0,9	1,0	-0,1	1,223	0,542
Feminino	29(76,3)	28(65,1)	39(70,9)	96(70,6)	0,9	-1,0	0,1		
Idade									
≤ 44 anos	16(42,1)	12(27,9)	9(16,4)	37(27,2)	2,4	0,1	-2,3	8,086	0,088
45 - 54 anos	9(23,7)	12(27,9)	15(27,3)	36(26,5)	-0,5	0,3	0,2		
≥ 55 anos	13(34,2)	19(44,2)	31(56,4)	63(46,3)	-1,8	-0,3	1,9		
Estado Civil									
Sem companheiro	14(36,8)	11(25,6)	15(27,3)	40(29,4)	1,2	-0,7	-0,5	1,436	0,488
Com companheiro	24(63,2)	32(74,4)	40(72,7)	96(70,6)	-1,2	0,7	0,5		
Habilitações Literárias									
$\leq 12^{\circ}$ ano	2(5,3)	0(0,0)	3(5,5)	5(3,7)	0,6	-1,5	0,9	5,001	0,287
Licenciatura	24(63,2)	28(65,1)	41(74,5)	93(68,4)	-0,8	-0,6	1,3		
Mestrado/doutoramento	12(31,6)	15(34,9)	11(20,0)	38(27,9)	0,6	1,2	-1,7		
Zona de Residência									
Urbana	20(52,6)	37(86,0)	42(76,4)	99(72,8)	-3,3	2,4	0,8	11,967	0,003
Rural	18(47,4)	6(14,0)	13(23,6)	37(27,2)	3,3	-2,4	-0,8		
Grupo Profissional									
Professor	20(52,6)	30(69,8)	35(63,6)	85(62,5)	-1,5	1,2	,2	9,865	0,043
Enfermeiro	17(44,7)	13(30,2)	14(25,5)	44(32,4)	1,9	-0,4	-1,4		
PSP	1(2,6)	0(0,0)	6(10,9)	7(5,1)	-0,8	-1,8	2,5		

• **Conhecimentos sobre a educação e linguagem inclusiva**

Com o propósito verificar o efeito explicativo das variáveis sociodemográficas e profissionais nos conhecimentos sobre a educação e linguagem inclusiva (cf. Tabela 3), procedeu-se à análise estatística dos dados, constatando-se o seguinte:

- os homens manifestam mais conhecimentos sobre educação e linguagem inclusiva do que as mulheres, tendo obtido um valor de ordenação média mais elevado;
- os agentes educativos com mais idade (≥ 55 anos) os que têm mais conhecimentos sobre a educação e linguagem inclusiva, secundados pelos que se situam na faixa etária dos 45-54 anos;
- os participantes residentes em meio urbano revelam mais conhecimento sobre educação e linguagem inclusiva ($p=0,027$);
- os participantes com companheiro manifestam mais conhecimento sobre linguagem e educação inclusiva;
- os agentes policiais são os que apresentam mais conhecimento sobre educação e linguagem inclusiva, seguidos dos professores;
- os participantes com manifestação de mais conhecimento sobre educação e linguagem inclusiva são os licenciados, tendo obtido também os que possuem $\leq 12.^\circ$ ano de escolaridade um valor de ordenação média muito próximo.

Tabela 3. Relação entre conhecimentos sobre a educação e linguagem inclusiva e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Conhecimentos sobre a educação e linguagem inclusiva	\bar{X} (DP) / Mean Rank	Teste	p
Género				
Masculino	40	70,61	U Mann-Whitney 1835,500	0,683
Feminino	96	67,72		
Grupo Etário			ANOVA 2,450	0,090
≤ 44 anos	37	7,95 (2,09)		
45-54 anos	36	8,83 (2,13)		
≥ 55 anos	63	8,87 (2,17)		
Estado Civil			U Mann-Whitney 1842,500	0,708
Sem companheiro	40	66,56		
Com companheiro	96	69,31		
Habilitações Literárias			Kruskal-Wallis 2,515	0,284
≤ 12º ano	5	71,70		
Licenciatura	93	71,81		
Mestrado/doutoramento	38	59,99		
Zona de Residência			U Mann-Whitney 1385,000	0,027
Urbana	99	73,01		
Rural	37	56,43		
Grupo Profissional			Kruskal-Wallis 5,666	0,059
Professor	85	70,19		
Enfermeiro	44	60,69		
PSP	7	97,0		

• **Conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes**

A tabela 4 apresenta os resultados da relação entre os conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes nos fatores “tarefas domésticas” e “cuidar dos filhos” e as variáveis sociodemográficas e profissionais, verifica-se o seguinte:

- os valores de ordenação média mais elevados correspondem aos participantes do género feminino, com maior evidência para as tarefas domésticas;
- os valores médios mais elevados correspondem aos participantes mais novos (≤44 anos), com uma pontuação máxima nos conhecimentos acerca da cidadania e igualdade de género no Fator 2 - cuidar dos filhos;
- os participantes sem companheiro pontuaram mais em todos os fatores, com maior destaque para o Fator 1 – Tarefas domésticas, sugerindo mais conhecimentos em cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes a este nível;
- os enfermeiros apresentam mais conhecimentos no que se refere à cidadania e igualdade de género em relação às tarefas domésticas e os professores face ao cuidar dos filhos;
- os valores de ordenação média mais elevados correspondem residentes no meio rural em todos os fatores, com mais evidência no Fator 2 - Cuidar dos filhos;
- os agentes educativos com mestrado/doutoramento manifestam mais conhecimento sobre cidadania e igualdade de género, tendo pontuado mais nas tarefas domésticas e no cuidar dos filhos.

Tabela 4 - Relação conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género e as variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Conhecimentos cidadania e igualdade	N	Fator 1 - Tarefas domésticas \bar{X} (DP) / Mean Rank	Fator 2 - Cuidar dos filhos \bar{X} (DP) / Mean Rank	Fator global \bar{X} (DP) / Mean Rank
Género					
Masculino		40	63,84	67,58	63,89
Feminino		96	69,75	68,89	69,73
Teste Mann-Whitney			1733,500	1883,000	1735,500
p			0,104	0,588	0,108
Grupo Etário					
≤ 44 anos		37	99,45 (3,28)	100,00 (0,00)	99,75 (1,49)
45-54 anos		36	95,00 (19,34)	97,22 (16,66)	96,21 (17,16)
≥ 55 anos		63	94,19 (18,60)	98,14 (9,03)	96,33 (11,80)
Teste ANOVA			1,294	0,699	1,127
p			0,278	0,514	0,327

Conhecimentos cidadania e igualdade	N	Fator 1 - Tarefas domésticas	Fator 2 - Cuidar dos filhos	Fator global
Variáveis		\bar{X} (DP) / Mean Rank	\bar{X} (DP) / Mean Rank	\bar{X} (DP) / Mean Rank
Estado Civil				
Sem companheiro	40	70,53	69,28	70,48
Com companheiro	96	66,94	68,18	66,96
Teste Mann-Whitney		1799,000	1889,000	1801,000
p		0,324	0,650	0,334
Habilitações Literárias				
<= 12º ano	5	48,20	57,60	47,90
Licenciatura	93	68,05	68,06	68,05
Mestrado/doutoramento	38	70,47	71,00	70,51
Teste Kruskal-Wallis		5,884	5,146	6,064
p		0,053	0,076	0,048
Zona de Residência				
Urbana	99	68,52	69,63	68,53
Rural	37	66,64	65,49	66,59
Teste Mann-Whitney		1762,500	1720,000	1761,000
p		0,614	0,094	0,603
Grupo Profissional				
Professor	85	67,64	69,39	67,68
Enfermeiro	44	70,81	67,91	70,76
PSP	7	52,50	61,43	52,25
Teste Kruskal-Wallis		4,827	2,621	4,916
p		0,089	0,270	0,086

3. DISCUSSÃO

Numa amostra constituída por 136 participantes, professores (62,5%), enfermeiros (32,4%) e polícias (5,1%), com idades entre os 31 e 62 anos e uma média de idades de 48,34 anos ($\pm 7,49$ anos), sendo maioritariamente do género feminino (70,6%), apurou-se que as percentagens mais elevadas correspondem aos participantes que referem ter conhecimento sobre cidadania e igualdade de género no que se refere à linguagem inclusiva, (o ser humano 89.7% vs. o(a) professor(a) 75,0%). Na globalidade, há uma prevalência de bons conhecimentos (40,4%), seguindo-se os razoáveis conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género.

Constatou-se que os agentes educativos do género masculino, com mais idade (≥ 55 anos) residentes em meio urbano, com companheiro, os agentes policiais e os licenciados manifestam mais conhecimentos sobre educação e linguagem inclusiva. Todavia, são os agentes educativos do género feminino que revelam mais conhecimento sobre cidadania e igualdade de género, com maior evidência para as tarefas domésticas, os participantes mais novos (≤ 44 anos) relatam mais conhecimentos sobre cidadania e igualdade de género no que se refere a cuidar dos filhos, bem como os residentes no meio rural e os professores. Os participantes sem companheiro e os enfermeiros destacam-se mais nos conhecimentos em cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes ao nível das tarefas domésticas. Os agentes educativos com mestrado/doutoramento manifestam mais conhecimento sobre cidadania e igualdade de género, tendo pontuado mais nas tarefas domésticas e no cuidar dos filhos.

Estes resultados revelam que os participantes têm conhecimentos sobre igualdade de género e cidadania em crianças e adolescentes, o que reforça o pressuposto que a construção social do sexo e do género é defendida por teóricos que refutam a existência de uma base biológica nas diferenças de género. Essas identidades surgem em consonância com as diferenças de sexo percebidas na sociedade e que contribuem para dar forma a essas diferenças. A distinção entre sexo e género atende à tese de que, por mais que o sexo pareça intratável em termos biológicos, as questões do género são culturalmente construídas. (Nunes, 2015).

Os resultados permitiram reconhecer um foco de interesse para a intervenção dos enfermeiros no âmbito do *projecto MaiSaúdeMental*, e para a definição de estratégias para a promoção da cidadania das crianças / adolescentes no contexto escolar e comunitário, mobilizando os recursos dos agentes de formação para uma vida mais inclusiva e saudável. Contudo, os resultados têm que ser analisados ponderando as limitações, quer resultantes do número limitado de crianças/adolescentes estudados, s das características não aleatórias da amostra, quer do carácter transversal do estudo. Estes factos limitam impõem que inferências produzidas devem ser entendidas como um contributo para melhor compreender a problemática da cidadania e igualdade de género das crianças e adolescentes no contexto da cultura escolar portuguesa.

CONCLUSÕES

A ação do profissional de enfermagem no contexto da saúde escolar torna-o pivô da intervenção da equipa multidisciplinar no contexto da educação inclusiva. Assim, o facto dos enfermeiros pontuaram com melhores conhecimentos ($p=0,048$), acentua de forma sinérgica a sua relevância social.

O género, zona de residência, área de exercício profissional, habilitações literárias dos mesmos e tempo de serviço revelaram-se preditores do nível de conhecimentos dos agentes educativos, pelo que estas variáveis devem ser consideradas quando se planeiam intervenções de formação contínua com foco neste grupo populacional.

Integrando este estudo um projeto mais amplo de intervenção em contexto escolar, revela grande pertinência ao pretender atuar na escola, contexto com um papel importante na capacitação da criança e dos adolescentes e promoção dos fatores protetores que estes já possuem, preenchendo e ampliando as condições que não estão completas ou, ainda, construindo esses fatores, contribuindo, dessa forma, para constructos que promovam a cidadania e igualdade de género. É também importante fornecer competências aos pais, professores, agentes policiais e enfermeiros sobre os recursos que podem ser mobilizados e promover resultados positivos, sobretudo em ambientes adversos ao desenvolvimento de uma igualdade de género e direitos de cidadania.

Considera-se que será uma mais-valia promover ao nível de saúde escolar encontros orientados pelos enfermeiros em articulação com os restantes agentes educativos com foco nas crianças / adolescentes e seus pais, de modo a potenciar estratégias facilitadoras da igualdade de género e cidadania, enquanto fatores protetores da saúde mental deste grupo populacional.

Os resultados obtidos apesar de circunscritos a um pequeno grupo de participantes, constituem um contributo exploratório para o desenvolvimento do conhecimento científico sobre a problemática da cidadania e igualdade de género em crianças e adolescentes.

Revelam ainda ser importante atuar nos diversos contextos da vida da criança / adolescente, nomeadamente na escola e ao nível da saúde comunitária, por forma a abolir mitos e crenças associados ao género, promovendo por essa via a saúde mental das crianças e adolescentes e a saúde das gerações futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albernaz, L.S.F., & Longhi, M. (2009). Para compreender gênero: uma ponte para reflexões igualitárias entre homens e mulheres. In Scott P. Lewis L. Quadros MT. Gênero, diversidade e desigualdades na educação: interpretações e reflexões para a formação docente. Recife: Publicações Especiais do Programa de Pós Graduação em Antropologia – FAGES. Universidade Federal de Pernambuco.
- Barreto, A., Carrara, S, & Dacach, S. (2013). Gênero e diversidade na escola: trajetórias e repercussões de uma política pública inovadora. Rio de Janeiro: Cepesc.
- Bucchianeri, M.M., Eisenberg, M.E., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Weightism, racism, classism, and sexism: Shared forms of harassment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53, 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.01.006>
- França, F.F., & Calsa, G.C. (2009). Reflexões e reconstruções sobre o conceito de gênero: um trabalho de intervenção com docentes. Seminário de Pesquisa do PPE realizado nos dias 08 e 09 de junho de 2009 na Universidade Estadual de Maringá. Acedido em http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2009_2010/pdf/2009_20.pdf
- Freitas, N.F. (2011). Educação inclusiva e cidadania: aproximações e contradições. *Revista Eletrônica de Educação*. São Carlos, SP: UFSCar. 5 (1), 40-56. Acedido em <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/156>
- Freitas, A.C., & Araújo, A.F. (2016). Cidadania e inclusão: desafios para a formação docente. *Extensio: R. Eletr. de Extensão*, 13 (24), 128-137. Florianópolis. ISSN 1807-0221
- Inter-Agency Working Group on Children's Participation (2018). Children as active citizens commitments and obligations for children's civil rights and civic engagement in east asia and the pacific a policy and programme guide. Inter-Agency Working Group on Children's Participation (IAWGCP). ISBN: 978-974-685-090-2. Acedido em https://www.unicef.org/eapro/Children_as_Active_Citizens_A4_book.pdf
- Leaper, C., & Brown, C.S. (2018). Sexism in Childhood and Adolescence: Recent Trends and Advances in Research. (10): 10-15. Acedido em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdep.12247>
- Nunes, E.M. (2015). Gênero e Diversidade na Escola: limites e possibilidades na formação de professores/as. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Acedido em <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/bitstream/tede/1884/1/Ednalva%20Macedo%20Nunes.pdf>
- Vieira, C., Nogueira, C., & Tavares, T.C. (2009). Gênero e Cidadania. Guia de educação, género e cidadania. Acedido em https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2014/01/pre_cap1_1.pdf

Millenium, (ed espec nº5), 127-134.

pt

NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS AGENTES EDUCATIVOS: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UM QUESTIONÁRIO
TRAINING NEEDS OF EDUCATION STAKEHOLDERS: PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF A QUESTIONNAIRE
NECESIDADES FORMATIVAS DE LOS AGENTES EDUCATIVOS: CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE UN CUESTIONARIO

João Duarte¹
Madalena Cunha²
Ana Andrade¹
Ana Rodrigues³
Alexandre Nogueira³
Alison Silva³
Ana Flávia Ferreira³
Diana Oliveira³
Joana Ferreira³
Rita Vasconcelos³

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal

João Duarte - duarte.johnny@gmail.com | Madalena Cunha - iolmadalena2@gmail.com | Ana Andrade - aandrade@essv.ipv.pt |
Ana Rodrigues - anarodriguescd@gmail.com | Alexandre Nogueira - alexnog67@hotmail.com | Alison Silva - alison.slb7@gmail.com |
Ana Flávia Ferreira - anaflavia030@gmail.com | Diana Oliveira - dianaoli.97@gmail.com | Joana Ferreira - joanaritaferreira@outlook.pt |
Rita Vasconcelos - ritavasconcelos97@hotmail.com



Autor Correspondente

João Duarte

Escola Superior de Saúde de Viseu
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu - Portugal
duarte.johnny@gmail.com

RECEBIDO: 5 de maio de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: As patologias de foro mental na infância têm vindo a aumentar de forma significativa, afetando a qualidade de vida das crianças/adolescentes. Assim, é imperativo que os agentes educativos tenham formação nesta área de modo a responderem eficazmente às necessidades das crianças/adolescentes.

Objetivos: Avaliar a consistência interna e a estrutura fatorial do “*Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*”.

Métodos: O estudo psicométrico foi realizado numa amostra não probabilística de 136 agentes educativos (62,5% professores, 32,4% enfermeiros e 5,1% polícias), em média com 48,34 anos, maioritariamente do género feminino (70,6%). Aplicou-se o *Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*.

Resultados: As propriedades psicométricas revelaram um instrumento fiável e válido na avaliação das necessidades formativas em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes por parte dos agentes educativos, apresentando uma adequada consistência interna (alfa de Cronbach total de 0,859) e evidência de validade. Constatou-se que 77,9% consideram ter necessidade de frequentar formação específica nas áreas de saúde mental e QDV das crianças e adolescentes. 22,8% dos agentes educativos não frequentaram formação.

Conclusões: A identificação das necessidades de formação dos agentes educativos sobre a saúde mental e a e QDV das crianças e adolescentes potencia a implementação de programas de formação específica ajustados a essas necessidades. Este questionário poderá constituir-se como um importante instrumento para o estudo das necessidades de formação

Palavras-chave: saúde mental; qualidade de vida; agentes educativos; crianças; adolescentes

ABSTARCT

Introduction: Childhood mental disorders have been increasing significantly, affecting children/adolescent's quality of life. Therefore, education stakeholders must be trained in such areas, in order to answer effectively to children/adolescents needs.

Objectives: Factorial structure and internal consistency evaluation of the “*Questionnaire on Training Needs in Health and Quality of Life of Children and Adolescents*”.

Methods: The psychometric study was carried out on a non-probabilistic sample of 136 education stakeholders, (62,5% teachers, 32,4% nurses and 5,1% police), with an average age of 48.34 years, mostly female (70.6%). The Questionnaire on Training Needs in Health and Quality of Life of Children and Adolescents was applied.

Results: The psychometric properties revealed a reliable and valid instrument in the assessment of the education stakeholders training needs of the education stakeholders in health and quality of life of children and adolescents. Which presented an adequate internal consistency (Cronbach's alpha total of 0.859) and evidence of validity. It was found that 77.9% consider they need to attend specific training in the areas of mental health and QOL of children and adolescents. 22.8% of education stakeholders did not attend training.

Conclusions: The identification of the training needs of education stakeholders on mental health and the QOL of children and adolescents enhances the implementation of specific training programs tailored to these needs. This questionnaire can be an important tool for the study of training needs

Keywords: mental health; quality of life; education stakeholders; children; adolescents

RESUMEN

Introducción: Las patologías de naturaleza mental en la infancia han aumentado significativamente, afectando la calidad de vida de los niños / adolescentes. Por lo tanto, es imperativo que los agentes educativos tengan capacitación en esta área para responder de manera efectiva a las necesidades de los niños / adolescentes.

Objetivos: Evaluar la consistencia interna y la estructura factorial del “*Cuestionario sobre necesidades de capacitación en salud y calidad de vida de niños y adolescentes*”.

Métodos: Se realizó un estudio psicométrico en una muestra no probabilística de 136 agentes educativos, (62,5% docentes, 32,4% enfermeros/as y 5,1% policías), con una edad media de 48,34 años, en su mayoría mujeres (70,6%). Se aplicó el Cuestionario sobre necesidades de capacitación en salud y calidad de vida de niños y adolescentes.

Resultados: Las propiedades psicométricas revelaron un instrumento confiable y válido en la evaluación de las necesidades educativas en salud y calidad de vida de niños y adolescentes por parte de los agentes educativos, presentando una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach de 0.859 en total) y evidencia de validez. Se encontró que el 77.9% considera que necesitan asistir a capacitación específica en las áreas de salud mental y calidad de vida de niños y adolescentes. El 22.8% de los agentes educativos no asistió a la capacitación.

Conclusiones: La identificación de las necesidades de capacitación de los agentes educativos sobre salud mental y la calidad de vida de los niños y adolescentes mejora la implementación de programas de capacitación específicos adaptados a estas necesidades. Este cuestionario puede ser una herramienta importante para el estudio de las necesidades de capacitación.

Palabras Clave: salud mental; calidad de vida; agentes educativos; niños; adolescentes

INTRODUÇÃO

A identificação de crianças e adolescentes em risco de problemas de saúde mental que possam afetar a sua Qualidade de Vida (QDV) assume particular relevância muito particularmente nas crianças que são frequentemente incapazes de se proteger em termos de saúde e das condições de vida desfavoráveis.

A saúde mental é definida como o estado de bem-estar no qual a pessoa atua com as suas próprias capacidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, trabalha produtivamente e contribui eficazmente para a comunidade, sendo um direito fundamental de todos os cidadãos (Organização Mundial de Saúde, (OMS), 2015). Nesta lógica, a saúde mental é influenciada pelas distintas dimensões da pessoa (atributos individuais), pelas condições em que vive e cresce e pelo estágio de desenvolvimento em que se encontra (OMS, 2015).

É entendida como estar de bem consigo e com os outros, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções positivas e com as negativas, (...), reconhecendo os seus limites e procurando ajuda, quando necessário. (Braga, Oliveira, Ribas, Cortez, Mattos, Marinho, Calvancanti, & Dutra, 2017).

É igualmente considerada como um estado de harmonia e equilíbrio em que cada pessoa percebe o seu próprio potencial e consegue lidar com os fatores stressantes normais da vida. (Guo, Tomson, Keller, & Söderqvist, 2018). Grosso modo, relaciona-se com a maneira como cada pessoa caracteriza positivamente a satisfação que relata com a sua vida. (Cunha, Duarte, André, Sequeira, Castro-Molina, Mota, ..., 2017).

As doenças mentais constituem um problema de saúde pública e a promoção da saúde mental é uma área fulcral de intervenção ao longo do ciclo vital (Guo, Tomson, Keller, & Söderqvist, 2018). É por isso um desafio para os agentes educativos que necessitam possuir conhecimentos sobre a saúde mental e QDV, para responder às necessidades individuais das crianças e adolescentes, seguindo um modelo salutogénico de promoção da saúde.

Pereira, Wen, Miguel e Polanczyk (2014), desenvolveram um programa formativo para professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico sobre transtornos mentais na infância, tendo realizado um ensaio controlado randomizado por *clusters* para testar a eficácia da intervenção do programa baseado na web, em comparação com o mesmo programa baseado apenas em materiais de texto e vídeo. As nove escolas, foram randomizados por três grupos e os professores completaram os programas formativos durante três semanas. Concluíram que a intervenção do programa baseado na web foi superior à intervenção com materiais de texto e vídeo em ganhos sobre transtornos de saúde mental mas relativamente às crenças e atitudes sobre os transtornos mentais, o programa baseado na web, do grupo de intervenção, apresentou conceitos menos estigmatizados do que o do grupo de professores com acesso aos textos e vídeos (Pereira, Wen, Miguel & Polanczyk, 2014).

A corroborar, Isaksson, Marklund e Haraldsson (2017) referem que os agentes educativos desempenham um papel primordial na promoção da saúde mental das crianças e adolescentes, uma vez que grande parte do seu dia é passado na escola, transformando o contexto escolar num espaço de oportunidades únicas para promover a saúde mental e QDV. Num estudo qualitativo realizado em escolas de educação pré-escolar da Suécia, emergiram três categorias: "*mundo estruturado*", "*clima agradável*" e "*afirmação da criança*". O conteúdo dessas categorias, relativo à promoção da saúde mental das crianças, é descrito sob o tema "criar uma atmosfera em que cada criança possa crescer em harmonia com o seu ambiente", o que requer uma abordagem centrada em cada criança, tendo em conta as suas particularidades e o meio sociofamiliar onde se insere, bem como um conhecimento sobre como detetar os problemas de saúde mental das crianças. Nesta perspetiva, este estudo objetiva avaliar as propriedades psicométricas do "*Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*".

1. MÉTODOS

O Estudo metodológico de natureza psicométrica foi desenvolvido numa amostra não probabilística em corte transversal com 136 participantes sendo 62,5% professores, 32,4% enfermeiros e 5,1% polícias, com cerca de 48 anos de idade, maioritariamente do género feminino (70,6%), residentes em zona urbana (72,8%), com o grau de licenciado (68,4%), e uma experiência profissional de 24,33 anos.

1.1 Instrumento de Recolha de dados

O *Questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes* de Cunha, Duarte, Albuquerque, Aparício, Gonçalves, Madureira & Andrade (2018), é composto por 29 afirmações em formato dicotómico, Sim/Não.

1.2 Requisitos Legais

A concretização do estudo foi precedida do parecer favorável da Comissão de Ética n.º 24/2017 e da autorização dos dirigentes das instituições para recolha de dados. Foi assegurado aos participantes, após consentimento informado, confidencialidade sobre os dados obtidos e sobre a preservação do anonimato.

1.3 Análise estatística/Tratamento de dados

A avaliação das propriedades psicométricas da escala incluiu consistência interna, estrutura fatorial e reprodutibilidade da escala,

elementos fundamentais para a qualidade informativa dos dados de um instrumento (Coutinho, 2014).

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Versão 24) e a análise fatorial confirmatória com o programa AMOS 24 (*Analysis of Moment Structures*).

2. RESULTADOS

A análise dos resultados da fiabilidade indica pelos índices médios que oscilam entre 0,13 (item 21) “*Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo*” e 0,71 (item 13) “*Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade*”. Através do alfa de Cronbach, os itens são classificados entre o razoável e o bom, oscilando entre $\alpha=0,671$ no item 12 “*Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança...*” e $\alpha=0,871$ no item 13 “*Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade*”. O valor de alfa de Cronbach global apresenta uma razoável consistência interna ($\alpha=0,692$). (cf. Tabela 1)

Tabela 1 – Consistência interna dos itens do Questionário *Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	α sem item
1	Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes	0.38	0.486	0.490	0.676
2	Promoção da Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças/adolescentes	0.38	0.488	0.535	0.674
3	Atitudes e relações interpessoais na interação com crianças/adolescentes	0.49	0.502	0.515	0.674
4	Saúde mental das crianças/adolescentes	0.43	0.496	0.558	0.673
5	Consumo nocivo para a saúde e dependências em crianças/adolescentes	0.64	0.482	0.431	0.678
6	Distúrbios do comportamento alimentar em crianças/adolescentes	0.44	0.498	0.531	0.674
7	Cidadania inclusiva em crianças/adolescentes	0.43	0.496	0.530	0.674
8	Igualdade de género em crianças/adolescentes	0.32	0.470	0.531	0.675
9	Hiperatividade	0.46	0.500	0.576	0.672
10	Alterações do humor	0.24	0.426	0.547	0.676
11	Não-adesão da imagem corporal	0.24	0.426	0.533	0.676
12	Dificuldades afetivas tais como: baixa autoestima, fraco autoconceito, insegurança...	0.43	0.497	0.615	0.671
13	Dificuldades na vivência saudável e responsável da sexualidade	0.71	4.284	0.115	0.871
14	Problemas de sono em crianças/adolescentes	0.28	0.450	0.606	0.673
15	Tristeza em crianças/adolescentes	0.25	0.435	0.547	0.676
16	Sintomas de depressão em crianças/adolescentes	0.35	0.477	0.594	0.672
17	Comportamentos suicidários em crianças/adolescentes	0.48	2.083	0.074	0.720
18	<i>Bulling</i> entre pares (crianças/crianças e adolescentes/adolescentes)	0.52	0.501	0.534	0.674
19	<i>Cyberbullying</i> com alvo nas crianças/adolescentes	0.41	0.494	0.440	0.678
20	Violência escolar com alvo nos professores	0.15	0.363	0.599	0.677
21	Violência escolar com alvo nos assistentes de apoio educativo	0.13	0.332	0.473	0.681
22	Violência escolar: pais-professores/professores-pais	0.17	0.376	0.438	0.681
23	Violência doméstica envolvendo crianças/adolescentes	0.31	0.464	0.455	0.678
24	Violência do meio extraescolar contra crianças/adolescentes	0.17	0.376	0.485	0.680
25	Agressão sexual em crianças/adolescentes	0.21	0.411	0.505	0.678
26	Outras situações que considere relevantes	0.27	0.447	0.341	0.682
Coefficiente alfa de Cronbach global		0.692			

Análise fatorial confirmatória

A análise fatorial confirmatória revelou valores absolutos de assimetria inferiores a 3 variando entre 0.029 e 2.268 e de achatamento inferiores a 7 com uma oscilação entre 0.039 e 3.143. O coeficiente multivariado de Márdia (6.058) apresenta um valor ligeiramente superior ao de referência (5,00), sugerindo um desvio relativamente à distribuição normal multivariada.

Os rácios críticos das trajetórias apresentam-se estatisticamente significativos pelo que se seguiu a análise fatorial confirmatória sem exclusão de itens, registando os coeficientes lambda valores de saturação inferiores a 0.50 no item 5 do fator 1 e item 26 no fator 3, o que levará à exclusão destes itens. (Cf. Tabela 2)

Tabela 2 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda

Trajetórias e rácios críticos		Estimativas	S.E.	Rácio crítico	p	λ	
QN10	<---	f1	1.000			0.815	
QN11	<---	f1	0.955	0.091	10.474	***	0.778
QN15	<---	f1	0.984	0.094	10.420	***	0.785
QN16	<---	f1	0.967	0.109	8.870	***	0.703
QN12	<---	f1	1.010	0.113	8.974	***	0.704
QN4	<---	f1	0.941	0.116	8.112	***	0.657
QN14	<---	f1	0.909	0.103	8.796	***	0.700
QN1	<---	f1	0.952	0.112	8.503	***	0.679
QN9	<---	f1	0.995	0.115	8.683	***	0.689
QN5	<---	f1	0.621	0.119	5.225	***	0.447
QN7	<---	f2	1.000			0.692	
QN18	<---	f2	1.010	0.138	7.292	***	0.692
QN3	<---	f2	1.034	0.138	7.511	***	0.708
QN19	<---	f2	0.911	0.136	6.689	***	0.634
QN2	<---	f2	1.112	0.139	7.975	***	0.783
QN6	<---	f2	0.945	0.140	6.757	***	0.651
QN8	<---	f2	0.818	0.128	6.405	***	0.598
QN22	<---	f3	1.000			0.732	
QN21	<---	f3	0.933	0.111	8.420	***	0.774
QN24	<---	f3	1.024	0.122	8.381	***	0.749
QN25	<---	f3	1.010	0.134	7.563	***	0.676
QN23	<---	f3	1.092	0.153	7.150	***	0.649
QN20	<---	f3	0.949	0.121	7.849	***	0.720
QN26	<---	f3	0.588	0.147	3.991	***	0.362

A figura 1 apresenta o modelo trifatorial hipotetizado, onde se observam os 24 itens distribuídos pelos fatores correspondentes, bem como os pesos fatoriais respetivos e a sua fiabilidade individual. É visível que os itens apresentam saturações e fiabilidade individual inferior à recomendada, razão pela qual ao proceder-se ao refinamento do modelo serão eliminados. A qualidade de ajustamento global do primeiro modelo mostrou-se adequado para a razão do ($\chi^2/df= 2.349$), para o RMR= 0.015 e SRMR= 0.070 e inadequado para os restantes índices: (GFI= 0.784, CFI= 0.812 e RMSEA=0.100).

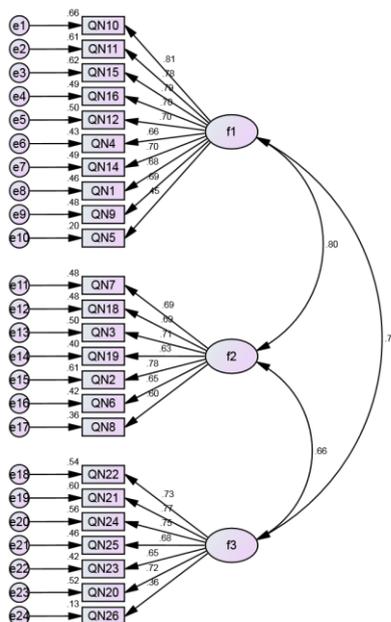


Figura 1 – Modelo inicial com 24 itens

A figura 2 representa o modelo final refinado com a exclusão dos itens QN15 do Fator 1 e QN 18 do Fator 2. Observa-se que todos os itens apresentam saturações superiores a 0.50 e fiabilidade individual superior a 0.25.

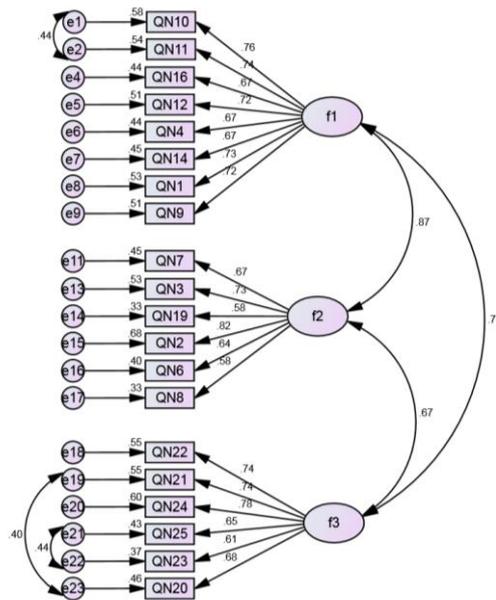


Figura 2 – Modelo final refinado com itens eliminados

Uma vez que os valores correlacionais encontrados entre os fatores são elevados, leva a que sejam sugestivos de um modelo de 2ª ordem, pelo que propusemos uma estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem. Neste modelo verificamos que os índices de bondade de ajustamento global mantiveram os mesmos valores, mas a correlação do fator global com o fator 1 é igual a 1.00, o que revela uma correlação perfeita, pelo que este modelo de segunda ordem deverá ser tomado em consideração com certas reservas.

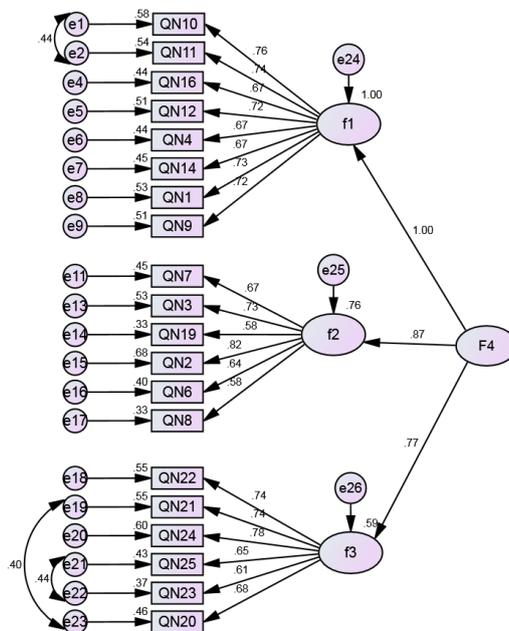


Figura 3 - Modelo 2ª ordem

Os índices de bondade de ajustamento global, foram melhorando à medida que se procedeu ao refinamento do modelo, e registaram-se valores adequados com exceção do GFI. (Tabela 3)

Tabela 3 - Índices de qualidade do ajustamento de todos os modelos

Modelo	χ^2/gf	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo 1 – modelo inicial	2.349	0.784	0.812	0.100	0.015	0.070
Modelo 2 com índices de modificação	1.804	0.811	0.906	0.077	0.013	0.061
Modelo 3 com itens eliminados	1.817	0.825	0.906	0.078	0.013	0.061
Modelo 2ª ordem	1.817	0.825	0.906	0.078	0.013	0.062

Os resultados da fiabilidade compósita apresentam bons índices de consistência interna, contudo os valores da VEM não permitem concluir pela validade convergente dos fatores 2 e 3, por serem inferiores a 0.50. Só se regista validade discriminante entre os fatores 2 e 3, uma vez que a correlação entre ambos é inferior à VEM (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Fiabilidade compósita, variância extraída média e validade discriminante

Fatores	FC	VEM	Validade discriminante	
			F2	F3
F1- Situações problemáticas em Saúde Mental em crianças e adolescentes	0.889	0.502	0.756	0.592
F2 – Promoção da Saúde e Qualidade de vida em crianças e adolescentes	0.830	0.453		0.448
F3 – Violência escolar e familiar em crianças e adolescentes	0.853	0.494		

Fc estratificado = 0.949 VEM = 0.485

• **Necessidades de Formação dos Agentes Educativos**

A maioria dos agentes educativos (77,9%) refere necessidade de frequentar formação específica sobre saúde mental e QDV das crianças e adolescentes. As mulheres (F1, UMW OM=73,05;p=0,033) e os residentes em meio rural (F1 OM=83,11;p=0,0007) expressam mais necessidades de formação sobre situações problemáticas em saúde mental, violência escolar e familiar (p=0,034) e no fator global (OM=80,93; p=0,024).

Os enfermeiros carecem de mais formação sobre as situações problemáticas (OM=81.07; $\chi^2=7.99$, p=0,018) e violência escolar/familiar (OM=78.56; $\chi^2=8.10$, p=0,017).

3. DISCUSSÃO

A avaliação das propriedades psicométricas, do “Questionário Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes”, mostrou que os itens e fator global, apresentam alfa de Cronbach, adequados, oscilando entre $\alpha=0,671$ e $\alpha=0,871$. Os coeficientes lambda ao registarem valores de saturação inferiores a 0.50 no item 5 do Fator 1 e no item 26 no Fator 3 foram excluídos do modelo final. A qualidade de ajustamento global do primeiro modelo mostrou-se inadequado para os índices: (GFI= 0.784, CFI= 0.812 e RMSEA=0.100), mas realizado o refinamento do modelo com a eliminação dos itens e o seu ajustamento através dos índices de modificação, já se manifestaram adequados. Na estrutura hierárquica com um fator de 2ª ordem, constatou-se que os índices de bondade de ajustamento global mantiveram os valores, mas a correlação do fator global com o Fator 1 sugere uma correlação perfeita, pelo que este modelo de segunda ordem deverá ser lido com reservas, carecendo de estudos mais aprofundados.

O estudo da consistência interna dos itens remanescentes que constituem a escala revela uma boa consistência:

- Fator 1, coeficientes de alphas de Cronbach a oscilarem entre $\alpha=0,869$ e $\alpha=0,880$, com um alfa total de 0,892; - Fator 2, alphas de Cronbach a variar entre $\alpha=0,781$ e $\alpha=0,820$, e no global de $\alpha=0,830$; - Fator 3, coeficientes de alpha de Cronbach entre $\alpha=0,831$ e $\alpha=0,845$ e um alfa total de 0,859.

A descrição das boas qualidades psicométricas do questionário sustentam considerar os resultados apurados para sugerir aos agentes educativos formação contínua, porquanto Isaksson, Marklund e Haraldsson (2017) mencionam que estes profissionais, desempenham um papel capital na promoção da saúde mental das crianças e adolescentes, uma vez que eles passam uma grande parte do seu dia na escola, transformando o contexto escolar num espaço de oportunidades únicas para promover a sua saúde mental e QDV. Para o efeito, os agentes educativos necessitam ser capacitados para detetarem as situações problemáticas, tais com a violência escolar e familiar, sendo, para tal, indispensável facultar-lhes formação.

Apesar dos professores estarem familiarizados com o desenvolvimento das crianças, geralmente não estão adequadamente treinados para avaliarem a saúde mental e a QDV das crianças e conseqüentemente reconhecer e intervir face às necessidades que elas manifestam nestas áreas. Os agentes educativos estudados também manifestaram necessidade de formação específica, pelo que, de acordo com Pereira, Wen, Miguel e Polanczyk (2014), se impõe implementar programas formativos específicos e adequados ao contexto de cada comunidade.

Este estudo comporta algumas limitações, sendo a mais evidente a lacuna na referência a estudos sobre a problemática estudada, resultante da escassez de estudos com foco no estudo das necessidades de formação dos agentes educativos, o que não permitiu uma explanação mais aprofundada dos resultados, de modo a discutir e comparar as inferências descritas.

CONCLUSÕES

A promoção da saúde mental em crianças e adolescentes é um importante investimento para o futuro. Como tal, os agentes educativos precisam trabalhar em parceria para que se possam desenvolver programas de promoção de saúde mental e QDV nas crianças e adolescentes. A eficácia desses programas carece de ser monitorizada, pois as evidências atestam ser importante um trabalho promotor da saúde mental desde idades precoces para que a mesma possa ser fortalecida ao longo dos anos escolares e resultar numa positiva QDV.

O estudo das propriedades psicométricas do questionário apurou que é um instrumento fiável e válido na avaliação das necessidades formativas em saúde e qualidade de vida das crianças e adolescentes. Contudo dado que os resultados obtidos são referentes a um grupo pouco significativo de participantes, considera-se que este estudo constitui um contributo exploratório para apurar das características psicométricas do questionário sendo aconselhável replicar este estudo em futuras pesquisas de modo a confirmar a qualidade psicométrica do instrumento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braga, A.L.S., Oliveira, A.G.S., Ribas, B.F., Cortez, E.A., Mattos, M.M.G.R., Marinho, T.G., Calvancanti, T.V.C., & Dutra, V.F.D. (2017). Promoção à saúde mental dos estudantes universitários. *Revista Pró-UniverSUS*, 08 (1), 48-54. Acedido em editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/download/896/703
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cunha, D., Albuquerque, A., Gonçalves, M., & Andrade (2017). *Questionário sobre Necessidades Formativas em Saúde e Qualidade de Vida das Crianças e Adolescentes*. In Pereira, C. (Coord.) (2017). Projeto de Investigação Monitorização e avaliação dos indicadores de saúde mental das crianças e adolescentes: da investigação à prática. ("MAISaúde Mental" - Código de identificação:CENTRO-01-0145-FEDER-023293). Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Cunha, M., Duarte, J., André, S., Sequeira, C., Castro-Molina, F.J., Mota, M., Pina, F., Coelho, C., Cunha, A., Figueiredo, A., Martins, A., Correia, B., Monteiro, D., Moreira., F. Silva, M., & Freitas, S. (2017). Bem-estar em estudantes do ensino superior *Millenium*, 2(ed espec nº2), 21-38.
- Guo, C., Tomson, G., Keller, C., & Söderqvist, F. (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC Public Health*, 18, 263, 4-11. Acedido em <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5133-2?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>
- Isaksson, P., Marklund, B., & Haraldsson, K. (2017). Promoting mental health in Swedish preschool—teacher views. *Health Promotion International*, 32(1), 53–61.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *The European Health Report 2015: Targets and Beyond: Reaching New Frontiers in Evidence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Pereira, C.A., Wen, C.L., Miguel, E.C., & Polanczyk, G.V. (2014). A randomised controlled trial of a web-based educational program in child mental health for schoolteachers. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI 10.1007/s00787-014-0642-8.

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
LIFE AND HEALTH SCIENCES
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium

QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA EM UMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS	137
CLINICAL EFFICACY QUESTIONNAIRE AND EVIDENCE-BASED PRACTICE: CONFIRMATORY FACTORIAL ANALYSIS IN A NURSE SAMPLE	137
CUESTIONARIO DE EFICACIA CLÍNICA Y PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA: ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA	137
O ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR: CUIDAR PARA A CURA	147
THE PRE-HOSPITAL NURSE: CARE FOR THE CURE	147
EL ENFERMERO PRE-HOSPITALARIO: CUIDAR PARA LA CURA	147
A GRÁVIDA E A LACTANTE NO LOCAL DE TRABALHO	153
PREGNANT AND BREASTFEEDING IN THE WORKPLACE	153
MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES EN EL LUGAR DE TRABAJO	153
AMAMENTAÇÃO E COVID-19: CONTRIBUTOS PARA PRÁTICAS SEGURAS	161
BREASTFEEDING AND COVID-19: CONTRIBUTIONS TO SAFE PRACTICES	161
LACTANCIA Y COVID-19: CONTRIBUCIONES PARA PRACTICAS SEGURAS	161
PRECISÃO DA TÉCNICA CLEAN-CATCH PARA COLHEITA DE URINA EM PEQUENOS LACTENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	169
ACCURACY OF CLEAN-CATCH TECHNIQUE FOR URINE COLLECTION IN YOUNG CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE	169
PRECISIÓN DE LA TÉCNICA DE CLEAN-CATCH PARA LA RECOGIDA DE ORINA EN PEQUEÑOS INFANTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA	169
RESILIÊNCIA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERCEÇÃO DOS PAIS	177
RESILIENCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: PERCEPTION OF PARENTS	177
RESILIENCIA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES	177
GESTÃO DA DOR EM PEDIATRIA: CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	185
PAIN MANAGEMENT IN PEDIATRICS: CONTRIBUTIONS TO THE QUALITY OF NURSING CARE	185
MANEJO DEL DOLOR EN PEDIATRÍA: CONTRIBUCIONES A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	185
SAÚDE, FAMÍLIA E ESCOLA: SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DE FAMÍLIAS REFUGIADAS	195
HEALTH, FAMILY AND SCHOOL: MENTAL HEALTH OF CHILDREN FROM REFUGEE FAMILIES	195
SALUD, FAMILIA Y ESCUELA: SALUD MENTAL DE NIÑOS DE FAMILIAS DE REFUGIADOS	195
A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA	201
IMPLICATIONS OF FAMILY PRESENCE FOR INPATIENT SAFETY: SYSTEMATIC REVIEW PROTOCOL	201
FAMILIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA	201
SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM OS CUIDADOS PALIATIVOS	209
FAMILY SATISFACTION WITH PALLIATIVE CARE	209
SATISFACCIÓN FAMILIAR CON ATENCIÓN PALIATIVA	209
A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: ENQUADRAMENTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	219
CANCER REHABILITATION: FRAMING THE ROLE OF THE REHABILITATION NURS	219
LA REHABILITACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: ENCUADRAMIENTO DE LA ACTUACIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN	219

GANHOS EM INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL COMO PROMOTOR DA QUALIDADE DE VIDA	225
GAINS IN FUNCTIONAL INDEPENDENCE AS A PROMOTER OF QUALITY OF LIFE	225
GANANCIAS EN INDEPENDENCIA FUNCIONAL COMO PROMOTOR DE CALIDAD DE VIDA	225
ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO	233
COGNITIVE STIMULATION IN PEOPLE AGED 65 AND OVER: AN EXPLORATORY STUDY	233
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS: UN ESTUDIO EXPLORATÓRIO	233
GANHOS EM SAÚDE DOS UTENTES ASSISTIDOS PELA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	239
HEALTH GAINS OF USERS ASSISTED BY THE INTEGRATED CONTINUOUS CARE TEAM	239
MEJORAS EN LA SALUD DE LOS USUARIOS ASISTIDOS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN CONTINUA INTEGRADA	239
A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA DIABETES MELLITUS: DETERMINANTE FUNDAMENTAL NA GESTÃO E CONTROLO DINÂMICO DAS IMPLICAÇÕES DA DOENÇA	247
HEALTH EDUCATION IN DIABETES MELLITUS: A FUNDAMENTAL DETERMINANT IN THE MANAGEMENT AND DYNAMIC CONTROL OF THE IMPLICATIONS OF THE DISEASE	247
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES MELLITUS: DETERMINANTE FUNDAMENTAL EN EL MANEJO Y CONTROL DINÁMICO DE LAS IMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD	247
(CON)VIVER COM A DOR: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM O TRATAMENTO	261
(WITH) LIVING WITH PAIN: STUDY OF USER SATISFACTION WITH TREATMENT	261
(CON) VIVIR CON DOLOR: ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL TRATAMIENTO	261
GESTÃO DA DOR NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	269
PAIN MANAGEMENT IN NURSING PRACTICE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT	269
MANEJO DEL DOLOR EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	269
LITERACIA EM SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS	281
LITERACY IN HEALTH IN PALLIATIVE CARE	281
ALFABETIZACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PALIATIVA	281
FATORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO NAS PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	293
INFLUENCE FACTORS IN SELF-CARE IN PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW	293
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS COM ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA	293
OS CUIDADOS EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA/FAMILIAR CUIDADOR PARA PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO APÓS GASTRECTOMIA	305
CARE IN PARTNERSHIP WITH THE ELDERLY / FAMILY CAREER FOR PREVENTING MALNUTRITION AFTER GASTRECTOMY	305
ATENCIÓN EN ASOCIACIÓN CON LA CARRERA DE PERSONAS MAYORES PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN DESPUÉS DE LA GASTRECTOMÍA	305
PADRÃO DE INFEÇÃO E ANTIBIOTERAPIA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	217
PATTERN OF INFECTION AND ANTIBIOTICS IN THE INTENSIVE CARE UNIT	217
PATRÓN DE INFECCIÓN Y ANTIBIÓTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	217
CONTROLO DA HIGIENE DAS SUPERFÍCIES: COMPARABILIDADE DO MÉTODO ATP BIOLUMINESCÊNCIA VERSUS ESCALA VISUAL	339
CONTROL OF SURFACE HYGIENE: COMPARABILITY OF THE ATP METHOD BIOLUMINESCENCE VERSUS VISUAL SCALE	339
CONTROL DE LA HIGIENE DE LA SUPERFICIE: COMPARABILIDAD DEL MÉTODO DE BIOLUMINISCENCIA ATP VERSUS ESCALA VISUAL	339
ATENÇÃO À SAÚDE NA DOENÇA FALCIFORME EM ALAGOAS: ASPECTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA PESSOA ADULTA	347
HEALTH CARE IN SICKLE CELL DISEASE IN ALAGOAS: ASPECTS OF PROGRAMMATIC VULNERABILITY IN ADULTS	347
ATENCIÓN DE SALUD EN LA ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES EN ALAGOAS: ASPECTOS DE VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA EN ADULTOS	347

Millenium, 2(ed espec. nº5), 137-145.

pt

QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA EM UMA AMOSTRA DE ENFERMEIROS

CLINICAL EFFICACY QUESTIONNAIRE AND EVIDENCE-BASED PRACTICE: CONFIRMATORY FACTORIAL ANALYSIS IN A NURSE SAMPLE

CUESTIONARIO DE EFICACIA CLÍNICA Y PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA: ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO EN UNA MUESTRA DE ENFERMERÍA

*João Pina*¹

*Maria Augusta Veiga-Branco*²

*Madalena Cunha*³

*João Duarte*⁴

*Cláudia Silva*⁵

¹ Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ARS Norte - ACES Douro II e Sul, SUB de Moimenta da Beira/Ambulância SIV – INEM, Portugal

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

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

⁴ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

⁵ Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde | Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Alcoitão, Portugal

João Pina - joापina@live.com.pt | Maria Augusta Veiga-Branco - aubra@ipb.pt | Madalena Cunha - madac@iol.pt | João Duarte - duarte.johnny@gmail.com | Cláudia Silva - claudia.r.silva72@gmail.com



Autor Correspondente

João Pina

Rua de São José, Lote-5
5100-163 Lamego - Portugal
joापina@live.com.pt

RECEBIDO: 19 de maio de 2019

ACEITE: 26 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: Os cuidados de saúde, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidências científica disponível reconhecendo, contudo, a preferência do paciente, o contexto de cuidados de saúde e o julgamento clínico.

Objetivos: Avaliar a validade do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE).

Métodos: Estudo metodológico com a finalidade de determinar a consistência interna através do alfa de Cronbach e da análise fatorial confirmatória.

Resultados: Foram incluídos 738 enfermeiros com uma média de idades de 37,57 anos, sendo 76,0% mulheres. Após o refinamento do questionário, a análise fatorial confirmatória final evidenciou uma boa qualidade de ajustamento da estrutura fatorial composta por 3 fatores com 19 itens ($\chi^2/gf = 2,030$; CFI = 0,967; GFI = 0,926; RMSEA = 0,053; RMR = 0,064). A consistência interna global foi de $\alpha = 0,930$, demonstrando uma fiabilidade muito elevada, explicando 63,660% da variância total.

Conclusões: Os resultados evidenciaram que a escala é fiável e válida na avaliação das componentes estruturais da PBE. A PBE surge como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade de cuidados e da autonomia em enfermagem.

Palavras-chave: enfermagem baseada em evidências; métodos; prática baseada em evidências

ABSTRACT

Introduction: Health care, as it is currently conceived, is based on the view that clinical decisions must be based on the best scientific evidence available, while recognizing the patient's preference, health care context and clinical judgment.

Objetives: To evaluate the validity of the Clinical Effectiveness and Evidence-Based Practice Questionnaire (QECPBE).

Methods: Methodological study in order to determine internal consistency using Cronbach's alpha and confirmatory factor analysis

Results: 738 nurses were included, with an average age of 37.57 years, 76.0% of whom were women. After the questionnaire was refined, the final confirmatory factor analysis showed a good quality of adjustment of the factor structure composed of 3 factors with 19 items ($\chi^2/gf = 2.030$; CFI = 0.967; GFI = 0.926; RMSEA = 0.053; RMR = 0.064). The overall internal consistency was $\alpha = 0.930$, demonstrating a very high reliability, explaining 63.660% of the total variance.

Conclusions: The results showed that the scale is reliable and valid in the evaluation of the structural components of EBP. EBP appears as an enhancer of safe clinical decision, quality of care and autonomy in nursing.

Keywords: evidence-based nursing; methods; evidence-based practice

RESUMEN

Introducción: La atención médica, tal como se concibe actualmente, se basa en la opinión de que las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible, al tiempo que se reconoce la preferencia del paciente, el contexto de la atención médica y el juicio clínico.

Objetivos: Evaluar la validez del cuestionario de efectividad clínica y práctica basada en evidencia (QECPBE).

Métodos: Estudio metodológico para determinar la consistencia interna utilizando alfa de Cronbach y análisis factorial confirmatorio.

Resultados: Se incluyeron 738 enfermeras, con una edad promedio de 37.57 años, de los cuales el 76.0% eran mujeres. Después de que se refinó el cuestionario, el análisis factorial confirmatorio final mostró una buena calidad de ajuste de la estructura factorial compuesta por 3 factores con 19 ítems ($\chi^2/gf = 2.030$; CFI = 0.967; GFI = 0.926; RMSEA = 0.053; RMR = 0.064). La consistencia interna general fue $\alpha = 0.930$, lo que demuestra una fiabilidad muy alta, explicando el 63.660% de la varianza total.

Conclusiones: Los resultados mostraron que la escala es confiable y válida en la evaluación de los componentes estructurales de EBP. El EBP aparece como un potenciador de la decisión clínica segura, la calidad de la atención y la autonomía en enfermería.

Palabras Clave: enfermería basada en evidencia; métodos; práctica basada en evidencia

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a preocupação das comunidades científicas e dos profissionais de enfermagem sobre se a prática dos enfermeiros está de acordo com a melhor e mais recente evidência científica disponível. A literatura é unânime em relatar uma clara disparidade entre os resultados da investigação e a prática clínica despoletando, por si só, uma lacuna merecedora de uma análise mais concisa e objetiva por parte da comunidade científica.

O facto de, nos dias que correm, os profissionais de saúde e as instituições onde exercem funções, serem fortemente observados e pressionados para “bem fazer” com o menor custo associado e com os maiores níveis de eficácia e eficiência. Por sua vez, a implementação de um plano sustentável de readaptação contínua face às realidades clínicas vivenciadas, porquanto a complexidade crescente das mesmas obriga precisamente ao desenvolvimento de intervenções diferenciadas promotoras da saúde no âmbito da prestação de cuidados de saúde que almejem a maior e melhor qualidade e segurança possível e, consequentemente a obtenção de ganhos positivos na saúde das pessoas.

Em conformidade e refletindo sobre o mandato social da profissão de enfermagem, está explícito com clareza que os enfermeiros têm como dever “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, 2015, Artigo 97.º, número 1, a), p.78). Corroborando, precisamente este pensamento, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) afirma que cada vez mais são requeridos aos profissionais conhecimentos, competências e capacidades que possibilitem identificar, analisar e utilizar os resultados oriundos da melhor investigação produzida.

Alicerçado nestes postulados definiu-se a seguinte questão de investigação: Será o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, válido e fiável, para avaliar as práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências dos enfermeiros relativamente à PBE?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A PBE é definida como uma abordagem de solução à prática clínica pela integração da pesquisa sistemática e avaliação crítica das evidências mais atuais para responder a perguntas clínicas, considerando a experiência do profissional e as preferências e valores do paciente. Cada vez mais, a PBE é enfatizada internacionalmente como uma das disposições fundamentais de suporte aos cuidados de saúde de qualidade e da melhoria dos resultados de saúde, incluindo a qualidade das intervenções de enfermagem (Institute of Medicine, 2003; Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

Esta definição vai de encontro à de Sackett (2003) citado por Chicória (2013), para o qual a PBE incorpora a habilidade clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Ou seja, é fundamental que a enfermagem no seu plano de atuação expansível a todos os contextos, crie uma base estrutural que se pautar pela melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2001; Lopes & Santos, 2010; Alquhtani et al., 2020). Abreu (2011) salienta ainda que o enfermeiro deve assumir o dever de se comprometer no desenvolvimento de um ambiente conducente a práticas baseadas em evidência.

Nos dias que correm, cada vez mais os profissionais de saúde e as suas instituições se deparam com desafios clínicos de maior complexidade que exigem respostas com maior qualidade e elevada segurança, numa perspetiva articulada com restrições de recursos humanos, materiais e técnicos que colocam em causa, precisamente, os respetivos planos de eficiência, eficácia e efetividade nas intervenções de saúde realizadas e, consequentemente nos ganhos positivos da saúde dos doentes.

Numa tentativa demonstradora da realidade efetiva, um estudo realizado no Nepal com 273 participantes, procurou-se explorar as perceções e as atitudes dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem relativamente à PBE tendo os seus autores afigurado que cerca de 93% dos inquiridos referem não possuir o treinamento adequado relativo à PBE identificando, como principais barreiras: a falta de tempo e de recursos; a dificuldade em entender os artigos de pesquisa em toda a sua plenitude e a autonomia “limitada” na mudança da prática de enfermagem com base nas evidências mais recentes. Ainda que existam estas limitações, os respondentes consideraram que a existência de fatores motivacionais poderão fazer toda a diferença relativamente à abordagem da PBE destacando-se o enfoque/ênfase nos currículos académicos e/ou profissionais nesta área de estudo que permita obter a formação adequada com vista a adoção de técnicas inovadoras na prestação dos cuidados de enfermagem (Karki et al., 2015). Corroborando precisamente esta ideia, o estudo de Alquhtani et al. (2020) também refere que os enfermeiros carecem de conhecimentos e habilidade suficientes para a PBE, como recorrer corretamente às bases de dados científicas, identificar e formular questões de investigação, avaliação crítica das evidências científicas encontradas percebendo a sua relevância ou não e, acima de tudo, todo o processo inerentemente associado que consiste na integração e implementação dessas mesmas evidências na prática clínica (Melnik & Fineout-Overholt, 2015; Alquhtani et al., 2020).

Por outro lado, e não menos importante sabe-se que a prática clínica atualizada, fundamentada nos resultados da investigação científica, está associada à segurança da decisão clínica, à qualidade dos cuidados e à confiança depositada na prática clínica que tornam a Enfermagem uma profissão mais desenvolvida, com um campo de atuação autónoma mais amplificado, distanciando-

se da subordinação ao corpo médico, promovendo o aumento dos índices de satisfação dos doentes, da qualidade dos cuidados prestados e da autonomia em enfermagem.

2. MÉTODOS

O estudo metodológico, de carácter psicométrico, teve por base a recolha de dados em corte transversal numa amostra não probabilística por conveniência de enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE).

2.1 Participantes

O estudo incluiu 738 enfermeiros, com idades compreendidas entre 21 e 67 anos e uma média de idades de 37,57 anos (Desvio Padrão - DP \pm 9,83 anos), maioritariamente do género feminino (76%), 75,1% com grau de bacharel/licenciado e 25,4% com grau de mestre/doutoramento.

O tempo de exercício profissional foi em média de 14,28 anos (DP \pm 9,77 anos). As mulheres, em média, (M=14,40 anos \pm 9,98) têm mais tempo de exercício profissional do que os homens (M=13,89 \pm 9,12).

O título profissional atribuído pela OE mais prevalente é que 61,2% têm o título de enfermeiro(a) e 38,8% de enfermeiro(a) especialista.

Os enfermeiros exercem funções, na sua maioria, em unidade de cuidados intensivos polivalentes (66,1%). Quanto à área de especialização em enfermagem, a maioria dos enfermeiros especialistas (42,7%) detém a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica contudo, mais de metade da amostra exerce neste momento funções de enfermeiro generalista (67,6%), sendo de realçar que 22,5% exercem funções de enfermeiro especialista.

2.2 Instrumento de recolha de dados

O QECPBE - 20, versão original de Upton & Upton (2006), validado em português por Pereira, Guerra, Peixoto, Martins, Barbieri e Carneiro (2015) é um instrumento de autopreenchimento que é constituído por 20 itens avaliados através de uma escala de diferencial semântico, organizado em três dimensões. O primeiro componente avalia as Práticas e recorre a uma escala tipo Likert, que vai do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente), integrando seis itens. No segundo componente avaliam-se as Atitudes, através do posicionamento de proximidade adotado para cada uma de questões, num total de três itens. Finalmente, o terceiro componente pretende avaliar Conhecimentos/Habilidades e Competências através de uma escala tipo Likert, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor), num somatório de 10 itens (Pereira et al., 2015).

O somatório bruto esperado dos 19 itens do QECPBE distribuídos por 9 fatores, oscilou entre um mínimo de 19 e um máximo de 133, com um valor médio de 57.

Neste estudo optou-se por transformar os scores brutos dos fatores e dos totais numa escala de 0-100, facilitando assim a análise comparativa entre os fatores, sendo que quanto maior o score maior a eficácia clínica. Considera-se que resultados entre 0-49% revelam conhecimentos insuficientes, resultados entre 50 e 74% - conhecimentos razoáveis e resultados iguais ou acima de 75% resultados bons. Neste sentido, o QCIAEFDSCA foi transformado utilizando-se, precisamente, o mesmo procedimento para transformação da escala usado na escala de qualidade de vida WHOQOL-BREF (Vaz Serra et al., 2006) : [(score bruto-score mínimo bruto possível)/(score máximo bruto possível - score mínimo bruto possível)]X100.

O processo de construção desta escala teve por base uma análise semântica e de conteúdo por painel de peritos com posterior aplicação de pré-teste (António, Santos, Cunha & Duarte, 2019).

2.3 Procedimentos éticos

A aprovação da Comissão de Ética foi garantido pelo Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança (Parecer N.º4/2019:RA001-2019/00151) e, igualmente, pelo Parecer de Autorização da OE para divulgação do questionário no site institucional e na sua maillist (Ref. SAI-OE/2019/27).

Todos os inquiridos assinaram o consentimento informado previamente à sua participação individual no estudo, via online na aplicação do Google Forms.

2.4 Análise estatística

As análises descritivas, correlacionais e o estudo da consistência interna foram realizadas através do software IBM SPSS Statistics, versão 24.0, pela determinação do coeficiente de correlação de Pearson e do alfa de Cronbach. Para análise da consistência interna foram considerados os seguintes valores de referência: >0,9 muito boa; 0,8-0,9 boa; 0,7-0,8 média; 0,6-0,7 razoável; 0,5-0,6 má; <0,5 inaceitável (Marôco, 2014).

O referencial para o coeficiente de correlação de Pearson, foram assumidas as seguintes associações: $r < 0,2$ muito baixa; $0,2 \leq r \leq 0,39$ baixa; $0,4 \leq r \leq 0,69$ moderada; $0,7 \leq r \leq 0,89$ alta; $0,9 \leq r \leq 1$ muito alta (Marôco, 2014).

O estudo da validade de constructo foi realizado, unicamente, através da análise fatorial confirmatória, uma vez que já existia informação prévia sobre a estrutura fatorial da escala. Recorreu-se ao software AMOS V.24.0 (IBM SPSS, Chicago, Illinois, USA).

Conforme recomendado, para aferir a qualidade de ajustamento do modelo, foram utilizados diferentes índices de ajustamento global, nomeadamente a razão entre o Qui-quadrado e os Graus de Liberdade (χ^2/gl), o Goodness-of-Fit Index (GFI), o Comparative-of-Fit Index (CFI), o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), o Root Mean square Residual (RMR) e o Standardized Root Mean square Residual (SRMR). Assume-se um bom ajustamento dos modelos quando: $\chi^2/gl < 3$; os valores do GFI e o CFI $> 0,90$; os valores do RMSEA, RMR e SRMR $< 0,06$ são considerados ideais, embora valores entre 0,08 e 0,10 sejam aceitáveis (Marôco, 2014).

3. RESULTADOS

3.1 Validade de Constructo - Análise Fatorial Confirmatória

Efetuiu-se o estudo de consistência interna, nomeadamente os estudos de fiabilidade. Os resultados indicam as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que possibilita obter informações de como o item se combina com o valor global. Ao analisar-se os valores de alfa de Cronbach, os mesmos podem ser classificados, na sua larga maioria de bons, na medida em que os valores mínimos e máximos oscilam entre os 0.586 no item 8 do fator 2 (práticas) e 0.934 no item 11 do fator 3 (conhecimentos/habilidades e competências). Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem afirmar que, na globalidade, os itens se encontram bem centrados. Os coeficientes de correlação item total corrigido indicam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 9 do fator 2 (práticas) ($r=0.507$) com uma variabilidade de 25,9%, e o mais elevado o item 16 do fator 3 (conhecimentos/habilidades e competências) ($r=0.803$), correspondendo-lhe uma variabilidade de 69,8% (cf. Tabela 1).

Foi-se de seguida analisar a estatística descritiva de cada item da escala (média e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o total corrigido de cada subescala (com a exclusão do item), além disso estudou-se também a fidelidade da escala nomeadamente a consistência interna, calculando-se o Alpha de Cronbach de cada subescala e para o total global (cf. Tabela 1).

No Fator 1 – Práticas verifica-se, pelos valores médios, homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 4,97 no item 1 e 5,60 no item 4. O coeficiente de Alpha de Cronbach obtido neste fator foi de 0,881, indicando uma boa consistência interna. Constata-se ainda que nenhum dos itens ao ser eliminado conduz a um aumento da consistência interna do fator. O maior valor de correlação do item com o total do fator corrigido situa-se no item 2 ($r=0,766$) com uma variabilidade de 65,3% e o que apresenta menor correlação é o item 6 ($r=0,601$), com uma percentagem de variância explicada de 43,4% (cf. Tabela 1).

Em relação ao Fator 2 – Atitudes, infere-se, pelos valores médios, que a menor média se situa no item 7 “Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/ Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática” com 5,98 e a maior no item 8 com 6,50 “A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática”. Quanto aos valores da correlação de cada item com o total corrigido do fator (com exclusão desse item), o mais elevado é de $r=0,536$ no item 8 e o menor de $r=0,507$ no item 9, com uma variabilidade de 28,7% e 25,9%, respetivamente. O coeficientes de alpha de Cronbach neste fator é de $\alpha=0,701$ revelando uma razoável consistência interna. Verifica-se ainda que nenhum item desta escala ao ser eliminado conduziria ao aumento do Alpha de Cronbach do fator (cf. Tabela 1).

Ao analisar-se o Fator 3 – Conhecimentos/habilidades e competências, pelos valores médios, constata-se que o item mais favorável recai é o 15 “Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional” e o menos favorável o item 13 “Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação”. O Alpha total do fator (0,934) revela uma consistência interna muito elevada. Relativamente à correlação de cada item com o total do fator corrigido (com exclusão do item) o maior valor de correlação situa-se no item 16 ($r=0,803$) com uma variabilidade de 69,8% e o que apresenta menor correlação é o item 11 ($r=0,603$) com uma percentagem de variância explicada de 47,0% (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Estatística descritiva dos itens por subescala da Escala Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20)

	Média	SD	r/item total	r ²	α sem item
Fator 1 - Práticas					0.881
1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna	4.97	1.610	.631	.620	.873
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta	5.16	1.467	.754	.701	.850
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado	5.18	1.451	.747	.614	.851
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática	5.60	1.260	.766	.653	.851
5. Avaliou os resultados da sua prática	5.50	1.349	.670	.555	.864
6. Partilhou essa informação com colegas	5.49	1.406	.601	.434	.875
Fator 2 - Atitudes					0.701

	Média	SD	r/item total	r ²	α sem item
7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/ Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática	5.98	1.105	.509	.260	.621
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional	6.50	1.051	.536	.287	.586
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados, ao invés de mudar para algo novo/ A minha prática mudou devido às evidências que encontrei	6.15	1.048	.507	.259	.621
Fator 3 - Conhecimentos/habilidades e competências					0.934
10. Competências de pesquisa	5.36	1.000	.744	.623	.927
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	5.46	1.064	.603	.470	.934
12. Monitorização e revisão de competências praticas	5.36	1.067	.786	.658	.925
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	4.83	1.331	.736	.597	.929
14. Percepção dos principais tipos e fontes de informação	5.35	1.128	.775	.628	.925
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	5.74	.962	.655	.476	.931
16. Saber como obter as evidências	5.39	1.096	.803	.698	.924
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	5.40	1.097	.799	.707	.924
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	5.56	.990	.745	.686	.927
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	5.36	1.000	.744	.623	.927
Coefficiente alfa de Cronbach global					0.930

Utilizando a análise fatorial confirmatória, com recurso a um *software* de modelização de equações estruturais, AMOS, procurou-se confirmar a estrutura fatorial de 3 fatores da escala original. Foram testados dois modelos: um com a totalidade dos itens da escala original e outro com a eliminação do item 18. Constatou-se que com eliminação do item 18, as medidas de ajustamento melhoraram consideravelmente. A Figura 1 refere-se a uma análise fatorial confirmatória de 2ª ordem referente ao modelo sem o item 18. De seguida mostram-se as medidas de ajustamento dos dois modelos de forma a fundamentar a eliminação do item 18.

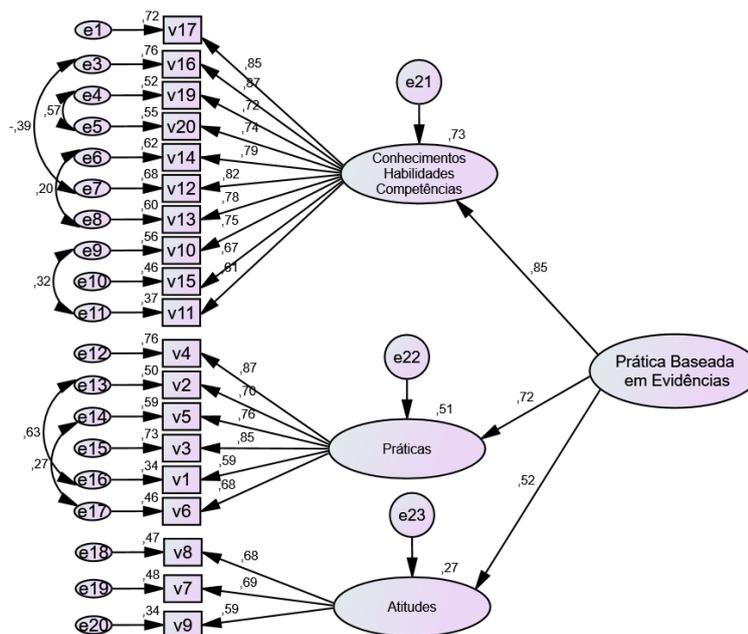


Figura 1 – Modelo Final AMOS de 2ª ordem: Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

As medidas de ajustamento para a escala original (com o item 18) constataam que o valor do χ^2/df revela um mau ajustamento (5,004) e o RMSEA também revela um valor inaceitável (0,104), os valores de CFI (0,864) e GFI (0,803) são considerados aceitáveis. Retirando o item 18 o valor do χ^2/df torna-se aceitável (2,030), e o RMSEA bom (0,053). Os valores de CFI (0,967) e GFI (0,926) passam a traduzir um ajustamento bom ou muito bom. Optou-se assim, neste estudo, por retirar o item 18 do Fator 3 que se refere aos conhecimentos/habilidades e competências (cf. Tabela 2). Neste sentido, o estudo da consistência interna do instrumento, após eliminação do item 18, foi considerada muito bom através da obtenção do valor global de $\alpha = 0,930$ e, por fatores por ordem crescente, valores de $\alpha = 0,881$; 0,701 e 0,934, respetivamente.

Tabela 2 – Medidas de Ajustamento: valores referência e valores encontrados para a escala - Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

Medidas de Ajustamento	Valores de Referência	Valores encontrados com item 18	Valores encontrados sem item 18
χ^2 / df	>5 – Ajustamento mau]2;5[- Ajustamento aceitável]1;2[– Ajustamento Bom ~ 1 – Ajustamento Muito Bom	$\chi^2 / df = 5,004$	$\chi^2 / df = 2,030$
CFI GFI	<0,8– Ajustamento mau]0,8; 0,9[- Ajustamento aceitável]0,9; 0,95[– Ajustamento Bom ≥ 0,95– Ajustamento Muito Bom	CFI = 0,864 GFI = 0,803	CFI = 0,967 GFI = 0,926
RMSEA	>0,10– Ajustamento inaceitável]0,05; 0,10[- Ajustamento Bom ≤ 0,05– Ajustamento Muito Bom	RMSEA = 0,104	RMSEA = 0,053
RMR	Quanto menor este valor, melhor o ajustamento, indicando um RMR = 0 um ajustamento perfeito	RMR = 0,085	RMR = 0,064

A matriz de correlação de Pearson entre os diversos fatores da escala revela, na globalidade, valores positivos e significativamente correlacionados. Perante estes resultados, apura-se que o aumento ou diminuição dos índices da eficácia clínica e prática baseada em evidências num dos fatores se encontra associado ao aumento ou diminuição nos índices nos restantes fatores (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da Escala Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

Fatores	Fator 1- Práticas	Factor 2 - Atitudes	Fator 3 – Conhecimentos/habilidades e competências
Fator 1- Práticas	-	.302**	.552**
Factor 2 - Atitudes	.302**	-	.359**
Fator 3 - Conhecimentos/habilidades e competências	.552**	.359**	-

4. DISCUSSÃO

A validade de constructo procura identificar se o instrumento mede realmente o que pretende medir e é simplesmente aceite, na medida em que as provas a seu favor vão sendo superiores às provas contrárias (Cunha et al., 2018).

O presente estudo teve como objetivo proceder à validação das propriedades psicométricas do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, focando-se na validade de constructo tendo-se apurado que o estudo de validação e de fiabilidade realizados, por intermédio, da técnica análise fatorial confirmatória revelou a manutenção da estrutura fatorial da escala, constituída por 3 fatores perfazendo um total de 19 itens, contrastando com os 20 itens propostos por Pereira et al. (2015), tendo-se obtido que a consistência interna do questionário, aferida através do alfa de Cronbach, no geral é classificado de muito bom ($\alpha=0,930$). Os valores de alfa de Cronbach por subescala denotam uma consistência interna a oscilar entre o bom e o muito bom, nomeadamente: F1 - Práticas ($\alpha=0,881$); F2 - Atitudes ($\alpha=0,701$) e F3 - Conhecimentos/Habilidades e Competências ($\alpha=0,934$). Estes resultados indicam ser mais consistentes do que o estudo original validado para a população portuguesa de Pereira et al. (2015) que evidenciou um valor de $\alpha = 0,740$ e variância total explicada de 56,739% e, por fatores F1 com $\alpha = 0,740$; F2 com $\alpha = 0,750$ e F3 com $\alpha = 0,950$. Pela exposição dos resultados exposto, é possível afirmar que o QECPE-19

identifica a existência de uma estrutura válida e fiável para este instrumento de medida das práticas, atitudes e conhecimentos/habilidade e competências dos enfermeiros portugueses relativamente à PBE.

De modo a aprofundar o estudo de validade do questionário, realizou-se uma análise fatorial exploratória no sentido de se obter o valor da variância total explicada em função do valor de α obtido com a eliminação do item 18 ($\alpha = 0,930$) e obteve-se o valor de 63,660%, valor também ele superior ao estudo de Pereira et al. (2015).

Face aos resultados poder-se-á referir que a PBE surge, portanto, como potenciadora da decisão clínica segura, da qualidade dos cuidados e da autonomia em enfermagem na medida que, os recursos são usados com maior eficiência, aumentando a satisfação dos pacientes e, por outro lado, os índices de efetividade e de segurança sentidos pelos enfermeiros aquando da realização das suas realizações é incomparavelmente maior, pois sentem que tudo o que fazem se encontra sustentado à luz da evidência científica mais atual (Melnyk & Fineout-Overholt, 2015).

Por outro lado, encontrando-se, motivados para o desenvolvimento destas competências, a PBE poderá ser vista pelos enfermeiros como um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitirá lidar de modo mais eficaz e adequado perante as constantes e tendencialmente maiores exigências internas ou externas com que se deparam no seu dia-a-dia, as quais se poderão apresentar, inclusivamente, desafiantes e permitir o desenvolvimento contínuo dessas mesmas competências. A adoção de estratégias educativas, em melhoria contínua, alicerçadas num adequado processo de gestão de recursos e de tempo permitirão, por sua vez, o desenvolvimento e a capacitação dos profissionais para a PBE (Alqahatani et al., 2020).

CONCLUSÕES

Sendo um questionário relativamente breve, de aplicação simples, que utiliza uma linguagem facilmente compreendida pelos enfermeiros, este, demonstra-se adequado para utilização em amostras com características sociodemográficas diferentes com contextos de prestação de cuidados também eles diferentes o que, por si só, sustentou a nossa dúvida e/ou receio inicial de que isso não poderia ser concretizado. Corroborando esta afirmação, os resultados obtidos permitem concluir que a escala denota propriedades psicométricas adequadas, evidenciadas pelos índices de fiabilidade: alfa global de Cronbach ($\alpha = 0,930$) e variância total explicada de 63,660%, ambos superiores ao da escala validada para a população portuguesa por Pereira et al. (2015).

Pela observação da estatística descritiva referenciada na Tabela 1, constatamos que no que concerne às implicações para o exercício profissional dos Enfermeiros, estes, assumem claramente o F2 – Atitudes como o fator mais valorizado relativamente à PBE revelando, neste sentido, a existência de interesse desta classe profissional na mudança e no aprimorar da prática de cuidados. No entanto, é fundamental que tanto as instituições de saúde como as instituições académicas e/ou formativas fomentem a prática de cuidados baseada em evidências, fazendo-se munir de todas as ferramentas necessárias para proporcionar todas as condições que se almejem ser favoráveis à instituição e ao desenvolvimento destes hábitos de trabalho de cariz investigador que, como vimos, melhoram substancialmente os índices de satisfação dos doentes e da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Por fim, almejamos que esperamos que este estudo reforce o alerta para a necessidade de investimento das instituições de saúde e dos profissionais de saúde nesta área de intervenção (por exemplo: acoplamento destas temáticas nos planos de formação institucionais), por forma a colmatar lacunas com a falta de tempo e de recursos que estimulem, precisamente, o desenvolvimento das práticas e dos conhecimentos/habilidades e competências que, como vimos, evidenciaram valores médios inferiores às atitudes preferencialmente reconhecidas pelos enfermeiros deste estudo.

Este estudo comporta algumas limitações, sendo a mais evidente a lacuna na referência a estudos sobre a problemática estudada, resultante da escassez de estudos que contemplem a relação entre a eficácia clínica e os componentes estruturais da PBE (práticas, atitudes e conhecimentos/habilidades e competências), o que não permitiu uma explanação mais aprofundada dos resultados, de modo a discutir e comparar as inferências descritas. Todavia, é de salientar pela positiva: o estudo da análise fatorial confirmatória do instrumento de medida – QECPBE-20 e a análise da problemática numa amostra de 738 enfermeiros(as) originários de todo o território português, nos vários contextos de prestação de cuidados pese embora, só representem cerca de 1% do corpo de profissionais de enfermagem registados na OE em Portugal, sensivelmente.

Apesar destas limitações, considera-se que esta investigação se assume como um contributo, ainda que humilde, para futuros estudos sobre o conhecimento dos enfermeiros portugueses sobre a eficácia clínica e a PBE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2011). *Transições e Contextos Multiculturais – contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. 2aed. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde. ISBN 978-989-8269-13-3.

- Alqahtani, N., Oh, K.M., Kitsantas, P., & Rodan, M. (2020). Nurses' evidence-based practice knowledge, attitudes and implementation: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 274–283. Acedido em <https://doi.org/10.1111/jocn.15097>
- António, C., Santos, E., Cunha, M., & Duarte, J. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 22, 51-62. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn22/serIVn22a06.pdf>
- Chicória, M. (2013). Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência. Dissertação de Mestrado, Coimbra. Acedido em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=27656&code=210>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: Da evidência à ação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Cunha, M., Duarte, J., Cardoso, A., Ramos, A., Quintais, D., Monteiro, R., & Almeida, V. (2018). Inventário habilidades do cuidador: Estrutura fatorial numa amostra de participantes portugueses. *Revista Millenium, Série 2*, 6, 41-55. DOI:10.29352/mill0206.04.00164
- Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality. Washington, D.C.: National Academies; Oxford Publicity Partnership. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/>
- Karki, S., Acharya, R., Budhwani, H., Shrestha, P., Chalise, P., Shrestha, U., & et al. (2015). Perceptions and Attitudes towards Evidence Based Practice among Nurses and Nursing Students in Nepal. *Kathmandu Univ Med J*, 52(4), 308-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27423280>
- Lopes, L., & Santos, S. (2010). O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência do Instituto Joanna Briggs. *Revista Referência. UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO (UICISA-dE). II.a Série*, 12, 123-133. Coimbra, Portugal. Acedido em https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2162&id_revista=4&id_edicao=32
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (6a ed.)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice (3rd edn). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health. Acedido em <https://www.semanticscholar.org/paper/Evidence-Based-Practice-in-Nursing-%26-Healthcare%3A-A-Melnyk-Fineout-Overholt/c7dd03907f4c34459a991bd728a1f6b6dc0b51ce>
- Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Pereira, R., Guerra, A., Cardoso, M., Santos, A., Figueiredo, M., & Vaz Carneiro, A. (2015). Validação da versão portuguesa do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23, 345-351. DOI:10.1590/0104-1169.0367.2561
- Vaz Serra, A., Canavarró, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%3a9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>

Millenium, 2(ed espec. nº5), 147-152.

pt

O ENFERMEIRO NO PRÉ-HOSPITALAR: CUIDAR PARA A CURA
THE PRE-HOSPITAL NURSE: CARE FOR THE CURE
EL ENFERMERO PRE-HOSPITALARIO: CUIDAR PARA LA CURA

Mauro Mota¹

Madalena Cunha²

Margarida Reis Santos³

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal | Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

²Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

³Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS, Porto, Portugal

Mauro Mota - enfermeiro.mauro@gmail.com | Madalena Cunha - madalenacunhanunes@gmail.com | Margarida Reis Santos - mrs@esenf.pt



Autor Correspondente

Mauro Mota

Unidade Local de Saúde da Guarda
Av. Rainha Dona Amélia 19
6300-035 Guarda - Portugal
enfermeiro.mauro@gmail.com

RECEBIDO: 23 de abril de 2020

ACEITE: 02 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: A presença de enfermeiros no contexto pré-hospitalar português remonta ao ano de 1981. Em 2007, constituíram-se as Ambulâncias Suporte Imediato de Vida do Instituto Nacional de Emergência Médica, onde os enfermeiros assumem a função de *team leaders*. Esta reflexão tem como objetivo analisar o papel dos enfermeiros no socorro pré-hospitalar.

Desenvolvimento: O contexto pré-hospitalar imprime fortes desafios à Enfermagem e à sua identidade profissional. Os enfermeiros conduzem as suas intervenções e tomam as suas decisões de acordo com a melhor evidência científica, seguindo protocolos terapêuticos predefinidos. Enquanto líderes da equipa de socorro, são responsáveis pela gestão dos diferentes intervenientes que prestam assistência no pré-hospitalar, garantindo a segurança dos cuidados de saúde. As pessoas socorridas no pré-hospitalar depositam no enfermeiro as esperanças não só de garantir a sua sobrevivência, como também, de que no decorrer do socorro, o cuidar, intimamente ligado à génese da Enfermagem, seja também salvaguardado. A produção e disseminação de conhecimento científico contribuirá para a otimização de todas as práticas autónomas e interdependentes.

Conclusões: O papel do enfermeiro do pré-hospitalar assenta em três pontos fundamentais: administração de cuidados de Enfermagem no processo de cura/saúde; implementação de metodologias de gestão do risco e desenvolvimento de estratégias de gestão para a segurança do socorro; promoção de investigação no âmbito da prestação de cuidados de emergência que contribuam para a melhoria dos cuidados de Enfermagem prestados. A disseminação do conhecimento que corrobora as práticas vigentes no contexto pré-hospitalar contribuirá para que se perceba a importância da participação de enfermeiros no quadro da emergência e para a afirmação da imprescindibilidade e insubstituibilidade da sua intervenção no pré-hospitalar.

Palavras-chave: enfermagem; assistência pré-hospitalar; liderança; serviços de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: The presence of nurses in the Portuguese pre-hospital context dates back to 1981. In 2007, the Immediate Life Support Ambulances of the National Institute of Medical Emergency were set up, where the nurses took on the role of *team leaders*. This reflection aims to analyze the role of nurses in pre-hospital setting.

Development: The pre-hospital context presents strong challenges to Nursing and its professional identity. Nurses conduct their interventions and make their decisions according to the best scientific evidence, following predefined therapeutic protocols. As leaders of the rescue team, they are responsible for managing the different actors providing pre-hospital care, ensuring the safety of health care. People rescued in the pre-hospital expect from the nurses the guarantee of their survival, and also, during the assistance, the care, closely linked to the essence of Nursing, is also preserved. The production and dissemination of scientific knowledge will contribute to the optimization of all autonomous and interdependent practices.

Conclusions: The role of the pre-hospital nurse is based on three fundamental points: nursing care administration in the healing/health process; implementation of risk management methodologies and development of management strategies for the safety of the rescue; promotion of research in the provision of emergency care that contribute to the improvement of the nursing care. The dissemination of knowledge that supports the current practices in the pre-hospital context will help to realize the importance of the participation of nurses in the framework of the emergency and to affirm the indispensability and irreplaceability of their intervention in pre-hospital setting.

Keywords: Nursing; prehospital care; leadership; nursing services

RESUMEN

Introducción: La presencia de enfermeras en el contexto pre-hospitalario portugués se remonta a 1981. En 2007 se crearon las Ambulancias de Soporte Vital Inmediato del Instituto Nacional de Emergencias Médicas, en las que las enfermeras asumieron el papel de líderes de equipo. Esta reflexión tiene como objetivo analizar el papel de las enfermeras en la asistencia prehospitalaria.

Desarrollo: El contexto prehospitalario presenta fuertes desafíos para la enfermería y su identidad profesional. Las enfermeras llevan a cabo sus intervenciones y toman sus decisiones de acuerdo a la mejor evidencia científica, siguiendo protocolos terapéuticos predefinidos. Como líderes del equipo de socorro, son responsables de la gestión de los diferentes actores que proporcionan cuidados prehospitalarios, garantizando la seguridad de la atención sanitaria. Las personas socorridas en el prehospital esperan de los enfermeros la garantía de su supervivencia, y también, durante la asistencia, se preservan los cuidados, estrechamente ligados a la esencia de la enfermería. La producción y difusión de conocimientos científicos contribuirá a la optimización de todas las prácticas autónomas e interdependientes.

Conclusiones: La función de la enfermera prehospitalaria se basa en tres puntos fundamentales: la administración de los cuidados de enfermería en el proceso de curación/salud; la aplicación de metodologías de gestión de riesgos y la elaboración de estrategias de gestión para la seguridad del socorro; la promoción de la investigación en la prestación de cuidados de emergencia que contribuyan al mejoramiento de los cuidados de enfermería. La difusión de conocimientos que respalden las prácticas actuales en el contexto prehospitalario ayudará a comprender la importancia de la participación de la enfermería en el marco de la emergencia y a afirmar la indispensabilidad e irremplazabilidad de su intervención en el contexto prehospitalario.

Palabras Clave: enfermería; atención prehospitalaria; liderazgo; servicios de enfermería

INTRODUÇÃO

A implementação de um sistema médico pré-hospitalar permite oferecer, nos primeiros minutos, à pessoa vítima de quadros clínicos complexos, patológicos ou traumáticos, diversos, uma resposta clínica adequada, e com isso promover uma estabilização hemodinâmica efetiva (Alarhayem et al., 2016; Silva, Tipple, Souza, & Brasil, 2010). Os benefícios deste socorro são, à partida, de grande importância, na medida em que contribuem para a diminuição da probabilidade de instalação de um quadro clínico de maior nível de gravidade em que a sobrevivência da vítima, na ausência de assistência rápida, ficaria seriamente comprometida ou a possibilidade de advirem sequelas/morbilidades de enorme impacto pessoal, social e económico muito agravada.

A presença de profissionais de saúde diferenciados nos meios de socorro pré-hospitalar permite que a assistência seja, além de precoce, mais ajustada às necessidades existentes, o que, naturalmente, permite otimizar a assistência global de todo o Serviço de Saúde. A assistência pré-hospitalar assegura cuidados de saúde complexos, como são exemplo as medidas de reanimação, suporte avançado de vida, ou o transporte mais seguro dos doentes em estado crítico (Rodrigues & Martins, 2012).

A gestão destes profissionais vai depender da política organizacional de cada país e, em cada país, da política organizacional de cada uma das diferentes regiões que o constituem. A presença de enfermeiros no contexto pré-hospitalar é uma realidade em diferentes países europeus como a Suécia, Finlândia, Bélgica, Inglaterra, País de Gales, Espanha, Holanda (Soren, Linda, & Veronica, 2015) e Portugal.

A inclusão de enfermeiros no pré-hospitalar em Portugal ocorreu em 1981, ano em que foram realizados os primeiros cursos de formação a médicos e enfermeiros sobre técnicas de Emergência Médica (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017). Depois de uma longa participação dos enfermeiros no socorro pré-hospitalar, nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação e nos Helicópteros do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em 2007 foram implementadas as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), um novo meio de assistência pré-hospitalar constituído por um enfermeiro e por um técnico de emergência pré-hospitalar (Oliveira & Martins, 2013). As ambulâncias SIV, destinadas ao socorro das vítimas de acidente ou doença súbita, ao apoio diferenciado na prestação de cuidados no Serviço de Urgência e ao transporte inter-hospitalar de pessoas em situação crítica, cuja resposta se exige diferenciada (Ministério da Saúde, 2014a, 2014b), distinguem-se dos outros meios de socorro pelo facto de serem o primeiro meio onde o enfermeiro assume o papel de *team leader* – competência acrescida, que nos restantes meios é assumida pelo médico. A formação dos enfermeiros das ambulâncias SIV é específica e a sua atuação é protocolada, sob controlo médico e supervisão clínica da estrutura profissional do INEM.

Com esta reflexão, objetivou-se analisar o papel dos enfermeiros no socorro pré-hospitalar em Portugal.

1. DESENVOLVIMENTO

A Enfermagem, enquanto disciplina e profissão, precisa de manter os seus alicerces ao nível do cuidado em saúde a diferentes níveis e à escala mundial, vinculando, assim, a necessidade maior de manter firmes as suas bases disciplinares, direcionadas para o cuidado-cura-saúde (Watson, 2017). O contexto pré-hospitalar imprime, contudo, preocupações acrescidas à Enfermagem. A identidade profissional, ao nível do pré-hospitalar, deve assentar em três pontos fundamentais: gestão dos cuidados de Enfermagem em contexto de urgência/emergência; gestão das equipas pré-hospitalares assumindo os enfermeiros o papel de *team leaders*; produção e disseminação de conhecimento científico que otimize as práticas autónomas e interdependentes do enfermeiro.

• Cuidados de Enfermagem no Pré-hospitalar

A ausência de um modelo teórico que dê suporte às práticas dos enfermeiros no pré-hospitalar fragiliza substancialmente a identidade destes profissionais, que se veem desprotegidos de um modelo conceptual que personaliza a Enfermagem enquanto disciplina e profissão. Os cuidados de Enfermagem assentes em protocolos terapêuticos e de intervenção são amplamente utilizados a diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde, e no pré-hospitalar esta é também uma realidade. Diferentes algoritmos respondem a diferentes quadros clínicos. Os enfermeiros conduzem as suas intervenções e tomam as suas decisões de acordo com a melhor evidência científica, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, e tendo em consideração a eficácia previsível da sua atuação (Oliveira & Martins, 2013). Os protocolos são construídos e fundamentados tendo em consideração a componente patológica de uma vítima, contudo, não respondem às necessidades humanas básicas que resultam do quadro patológico. A construção de uma visão holística da pessoa no decorrer de todo o socorro pré-hospitalar é a abordagem que se exige à Enfermagem, já que é essa abordagem que a distingue de outras profissões. A ausência de um modelo teórico de Enfermagem que norteie a totalidade das intervenções acaba por afastar os enfermeiros da sua verdadeira identidade, aproximando-os, por outro lado, da identidade de outros intervenientes do socorro pré-hospitalar. Assim, a necessidade de se implementarem cuidados emergentes com o objetivo de salvar vidas, oferece à Enfermagem um desafio tão ambicioso quanto arriscado – a construção de um modelo teórico que suporte a prática clínica da Enfermagem na emergência pré-hospitalar (Mota et al., 2019).

A inclusão de uma vítima, com um determinado quadro clínico, num ou em vários desses protocolos terapêuticos, redundando redutora e insuficiente para as reais necessidades do ser humano, e, por conseguinte, muitas das respostas necessárias são negligenciadas por deficiência da abordagem adotada. A Enfermagem ao evoluir para se adaptar às diferentes dimensões de cuidados e aos diferentes contextos de prestação de cuidados, deve procurar manter-se fiel à sua essência. Ela tem na sua génese o ato instintivo de cuidar,

como garantia da proteção da pessoa, mas só a partir da organização e sistematização do seu saber foi possível cimentar a Enfermagem Moderna, oriunda de Florence Nightingale (Geovanini, Moreira, Schoeller, & Machado, 2019). Retirar à Enfermagem a visão unitária de mundo, onde a saúde se associa à justiça social e moral, num sistema de processos e resultados é roubar a sua verdadeira identidade (Watson, 2017). As teorias de médio e grande alcance permitem modular os cuidados de Enfermagem, contudo, a realidade pré-hospitalar assenta fundamentalmente na dicotomia saúde-doença, cuja necessidade maior é a implementação de intervenções imediatas, capazes de garantir a manutenção das funções vitais.

Conhecer as fronteiras que delimitam a prestação de cuidados com vista à recuperação da estabilidade hemodinâmica e nelas incorporar uma assistência suportada pelas pedras basilares que modelam a essência da Enfermagem - Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem - é oferecer às vítimas a garantia, não só, da sua sobrevivência como também da salvaguarda do respeito, dignidade, fragilidades e necessidades que “ultrapassam” o bom funcionamento das funções vitais. Se por um lado os protocolos de intervenção são fundamentais, por outro, a definição de um planeamento de cuidados à luz da singularidade de cada indivíduo pode e deve ser assegurada. Assim, a intervenção clínica do enfermeiro no meio pré-hospitalar inclui: a estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, no local da ocorrência, garantindo a manutenção das funções vitais; o acompanhamento e a vigilância durante o transporte primário ou secundário da vítima, desde o local da ocorrência até à unidade hospitalar de referência, garantindo a prestação de cuidados de enfermagem que se exigem para a manutenção das funções vitais durante o transporte; a informação e o acompanhamento à família da vítima de forma a minimizar o seu sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

O enfermeiro é o único profissional de saúde que incorpora todos os meios medicalizados do INEM. De acordo com o modelo de organização estrutural e funcional da carreira especial de enfermagem no INEM, os enfermeiros são responsáveis por dois níveis de intervenção: o da gestão e o da prestação de cuidados (Magalhães, 2014).

A gestão dos cuidados de Enfermagem não pode ficar enclausurada em protocolos, deve ser capaz de se reconstruir num novo modelo que contemple também a avaliação das necessidades da pessoa num contexto muito peculiar, que não se perderam com a instalação de um evento patológico ou traumático urgente/emergente. Se por um lado a rigidez dos protocolos constitui uma mais-valia na decisão terapêutica é, por outro lado, frágil quando resume o ser humano a uma doença ou a um traumatismo (Mota et al., 2019). A essência da Enfermagem no socorro pré-hospitalar é cuidar no processo de cura/saúde. Não o conseguindo, arrisca-se a ser transformada numa disciplina puramente técnica, infinitamente redutora para a condição humana, e com isso, cair inútil às mãos de outras profissões já existentes.

Por tudo isto, a Enfermagem, no pré-hospitalar, expõe-se a uma condição única na realidade portuguesa. A vítima deposita no enfermeiro a esperança de garantir a sua sobrevivência, não descurando, no decorrer de todo o processo, que o cuidar, intimamente ligado à génese da Enfermagem, seja também salvaguardado.

• **Gestão de Equipas no Socorro Pré-hospitalar**

A gestão das equipas de socorro pré-hospitalar é parte integrante da função dos enfermeiros das Ambulâncias SIV. O enfermeiro das ambulâncias SIV tem, em muitas circunstâncias, a função de *team leader*, não apenas do meio que habitualmente lidera, mas também de outros meios de socorro que estejam a atuar no local da ocorrência, nomeadamente, as tripulações dos bombeiros.

A liderança em Enfermagem é uma matéria largamente estudada na academia, contudo, e à semelhança de outras, continua a não estar explorada no contexto pré-hospitalar. Aos enfermeiros com funções de gestão, são exigidos conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas para implementar as suas funções com eficácia. Estes enfermeiros podem desenvolver as suas práticas de liderança durante a sua atuação, informando a equipa *in loco* do que precisa fazer, apelando aos valores das pessoas, motivando para que assumam responsabilidades, capacitando para a ação e encorajando a equipa para que esta se sinta motivada (Silva et al., 2017). O enfermeiro gestor é também responsável por garantir a segurança dos cuidados de saúde, através da implementação de metodologias de gestão do risco e do desenvolvimento de estratégias de gestão para a segurança dos serviços. Para o efeito, esta segurança terá que ser mais abrangente e complexa do que apenas a segurança do doente. Ela poderá estar dependente da própria segurança do enfermeiro (Correia, Martins, & Forte, 2020).

No contexto pré-hospitalar, e em ambientes particularmente hostis, como acidentes rodoviários com várias vítimas de trauma, pessoas em paragem cardiorrespiratória, e outras, a capacidade de gestão assume contornos mais complexos e de maior dificuldade, pelo que se impõem tomadas de decisão firmes, mas solidárias, suportadas pela melhor evidência científica, mas ajustadas às singularidades dos envolvidos. É ainda fundamental que a tomada de decisão seja sujeita à avaliação quanto à sua eficácia global. Sem um modelo de avaliação da qualidade dos cuidados implementados, todo este processo de gestão fica, em certa medida, negligenciado.

A tomada de posição enquanto gestor destas equipas implica que o enfermeiro *team leader* consiga orientar vários profissionais que, muito possivelmente, nem conhecia antes da ocorrência. Esta realidade acarreta desafios acrescidos. Importa referir que a função de gestor nestas circunstâncias, não inibe ao enfermeiro a obrigatoriedade de prestar cuidados urgentes e de alta complexidade às vítimas, pelo contrário, esta função mantém-se, também ela, como prioritária. A capacidade de gerir este processo não pode ser obtida sem que haja, na retaguarda, modelos de formação de base específicos e direcionados para esta realidade muito particular, e não pode ser mantida e otimizada sem que haja, periodicamente, formação contínua ministrada e supervisionada por entidades especializadas em matéria de gestão de risco.

A imprevisibilidade que caracteriza o socorro pré-hospitalar repercute-se numa expectável dificuldade acrescida dos enfermeiros para gerir em toda a ocorrência. O Nursing Leadership Institute categoriza as competências de gestão em Enfermagem em seis domínios: domínio pessoal; eficácia interpessoal; gestão financeira; gestão de recursos humanos; cuidados com os diferentes profissionais, com os doentes e consigo; e pensamento sistematizado (Sherman, Bishop, Eggenberger, & Karden, 2007). O perfil do enfermeiro pré-hospitalar deve agregar um conjunto de atributos pessoais e profissionais que o habilitem para ser capaz de responder, com eficácia, a todas as necessidades já apontadas.

Ao nível da gestão organizacional, importa frisar que estão previstas três categorias de intervenção, desde a direção até à gestão intermédia: enfermeiro diretor; enfermeiros, com funções de chefia, um por cada delegação regional; enfermeiros com funções de chefia na coordenação de meios, em cada delegação regional (Magalhães, 2014).

• **Investigação Científica em Enfermagem Pré-hospitalar**

A pertinência de se fomentar investigação no âmbito da prestação de cuidados de emergência no pré-hospitalar é uma das estratégias mais relevantes para que a Enfermagem consolide o seu espaço. Seguir um modelo assente em protocolos de intervenção, não deve impedir a inclusão de modelos de planeamento de cuidados que promovam a saúde física, emocional e social das pessoas socorridas no pré-hospitalar. Para o efeito, contudo, é imperativo que a investigação procure como e porquê. A Enfermagem pré-hospitalar não pode nem deve continuar a receber de outras disciplinas as principais linhas de conhecimento para suportar as suas práticas. Esta posição poderá colocar em risco, numa primeira instância, a própria identidade da profissão no contexto pré-hospitalar, e em segundo, pôr em risco a própria existência de enfermeiros no pré-hospitalar.

A prática baseada na evidência assume-se como a metodologia mais coerente, segura e sistematizada de determinar as práticas profissionais. O resultado desta metodologia repercute-se na implementação das intervenções mais adequadas, com a melhor otimização dos recursos disponíveis, apoiando-se na melhor e mais recomendada tomada de decisão (Bandeira, Witt, Lapão, & Madruga, 2017). O desenvolvimento de investigação pelos enfermeiros do pré-hospitalar em Portugal reclama maior urgência, para que a profissão se solidifique como um todo, num campo cuja indefinição de profissões é, em si, uma preocupante ameaça. A investigação oferece identidade, na sua ausência, a identidade dilui-se numa incerteza preocupante. A emancipação de profissões tecnicistas tende a ocupar os espaços profissionais mais indistintos, e profissões como a Enfermagem arriscam-se a ficarem reduzidas à sua ineficaz resposta identitária. É emergente que a Enfermagem marque uma posição clara no contexto pré-hospitalar e a forma mais exequível de a fazer é com recurso à investigação científica, é com recurso à prática baseada na evidência.

A literatura contemporânea evidencia que a natureza do trabalho dos enfermeiros em cuidados pré-hospitalares é complexa e a competência destes profissionais foi identificada como um fator importante para a prestação de cuidados de alta qualidade e seguros, contudo, verifica-se que esta “competência” em cuidados pré-hospitalares continua a não ser explorada de forma mais detalhada (Nilsson, Johansson, Nordstrom, & Wilde-Larsson, 2020). Para os mesmos autores a investigação no domínio dos cuidados de saúde de emergência revela a necessidade de estratégias para avaliar o desenvolvimento de competências entre os enfermeiros. O desenvolvimento da disciplina de Enfermagem no âmbito do pré-hospitalar carece, portanto, de uma abordagem mais complexa e determinada, com linhas muito bem definidas de investigação. Manter fiel a arquitetura histórica da profissão sem fragilizar o seu próprio futuro.

A imagem disruptiva que parece emergir quando analisamos a literatura científica inerente à Enfermagem pré-hospitalar deverá servir de mote para explorar todos os cuidados de saúde relativos ao socorro. Deverá servir, também, para alavancar a própria construção da identidade profissional dos enfermeiros, em contexto dos cuidados de Enfermagem no pré-hospitalar, que teima em se esconder, ora por apatia, ora por inércia.

CONCLUSÕES

A Enfermagem pré-hospitalar deve assentar as suas premissas no cuidar durante o processo de cura/saúde, salvaguardar a segurança dos cuidados de saúde, através da implementação de metodologias de gestão do risco e do desenvolvimento de estratégias de gestão para a segurança do socorro e, por último, desenvolver, potenciar e estimular a investigação no âmbito da prestação de cuidados de emergência que potenciem toda a sua assistência.

No pré-hospitalar a Enfermagem não pode esgotar-se numa competência acrescida, é necessário que a diferenciação técnica e humana que lhe é pedida no quotidiano seja precedida por formação, também ela, diferenciada. Não é exequível exigir-se aos enfermeiros atributos e competências que ultrapassam a formação atualmente disponibilizada e formalmente exigida. Novos modelos de ensino devem ser desenvolvidos para que estes profissionais continuem a honrar as necessidades dos doentes, para que continuem a honrar a essência da Enfermagem na sua globalidade e, no fundo, para honrar o próprio futuro: o cuidar para a cura/saúde.

Importa também explorar qual a experiência profissional dos enfermeiros antes de iniciarem as suas funções nas ambulâncias SIV e qual o número médio de anos em atividade. Definir-se um perfil ideal de enfermeiro pré-hospitalar será uma enorme mais-valia para otimizar o socorro na sua globalidade.

Estudar a realidade pré-hospitalar é indispensável para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Assim, recomenda-se que a discussão desta matéria seja promovida em todas as instâncias, clínica, científica, pedagógica e formativa, com o rigor e contraposições merecidas, e devolvida à clínica, onde, por certo, fará toda a diferença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarhayem, A. Q., Myers, J. G., Dent, D., Liao, L., Muir, M., Mueller, D., & Eastridge, B. J. (2016). Time is the enemy: Mortality in trauma patients with hemorrhage from torso injury occurs long before the "golden hour". *Am J Surg*, 212(6), 1101-1105. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.08.018.
- Bandeira, A. G., Witt, R. R., Lapão, L. V., & Madruga, J. G. (2017). The Use of a Methodological Framework in the Implementation of Evidence as Part of Nursing Research. *Texto Contexto Enferm*, 26(24):e2550017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002550017>.
- Correia, T. S., Martins, M. M., & Forte, E. C. (2020). Nursing Management: Strategies for Client and Professional Safety. *Millenium*, 2ª Série, 11, 73-80. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0211.08.00264>.
- Geovanini, T., Moreira, A., Schoeller, S., & Machado, W. (2019). *História da Enfermagem: Versões e Interpretações* (4 ed.). Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, I. N. E. M. (2017). *INEM: História do INEM*. Acedido a 17 de abril de 2020 em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/>.
- Magalhães, J. (2014). *Competências na Intervenção de Enfermagem em Contexto Extra-Hospitalar - Cuidados de Emergência e Gestão de Situações de Exceção* (Tese de Mestrado). Disponível no Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ministério da Saúde, M. S. (2014a). Despacho n. 10319/2014. Diário da República n.º 10319/2014, 2ª Série – N.º 153 de 2014-08-11.
- Ministério da Saúde, M. S. (2014b). Despacho n.º 5561/2014. Diário da República n.º 5561/2014, 2.ª série — N.º 79 — 2014-04-23.
- Mota, M., Cunha, M., Santos, M. R., Cunha, I., Alves, M., & Marques, N. (2019). Pre-Hospital Nursing Interventions: Narrative Review. *Enferm. Foco*, 10 (4), 122-128.
- Nilsson, J., Johansson, S., Nordstrom, G., & Wilde-Larsson, B. (2020). Development and Validation of the Ambulance Nurse Competence Scale. *J Emerg Nurs*, 46(1), 34-43. DOI: 10.1016/j.jen.2019.07.019.
- Oliveira, A., & Martins, J. (2013). Being a nurse in Immediate Life Support: meaning of Experiences. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 9, 115-124. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1287>.
- Ordem dos Enfermeiros, O. E. (2007). *Enfermagem no pré-hospitalar: Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar*. Acedido a 16 de abril de 2020 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/enunciadoposicao17>.
- Rodrigues, L. M., & Martins, C. C. A. (2012). *Vivências dos enfermeiros ao cuidar do doente crítico durante o transporte marítimo*. *Pensar Enfermagem*, 16, 26-41.
- Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T., & Karden, R. (2007). Development of a leadership competency model. *J Nurs Adm*, 37(2), 85-94. DOI: 10.1097/00005110-200702000-00011.
- Silva, E., Tipple, A., Souza, J. T., & Brasil, V. V. (2010). Historical aspects of the implantation of a prehospital care service. *Rev. Eletr. Enf.*, 12(13):571-577. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.10555>.
- Silva, V. L., Camelo, S. H., Soares, M. I., Resck, Z. M., Chaves, L. D., Santos, F. C., & Leal, L. A. (2017). Leadership Practices in Hospital Nursing: A Self of Manager Nurses. *Rev Esc Enferm USP*, 51, e03206. DOI: 10.1590/S1980-220X2016099503206.
- Soren, S., Linda, W., & Veronica, L. (2015). Development of the Pre-hospital Emergency Care, The Registered Nurses' Role in the Ambulance Service- A Swedish Perspective. *Emergency Med*, 6(1), 294. DOI: 10.4172/2165-7548.1000294.
- Watson, J. (2017). Clarifying the discipline of nursing as foundational to development of professional nursing. *Texto Contexto Enferm*, 26(24):editorial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>.

Millenium, 2(ed espec nº 5), 153-159.

pt

A GRÁVIDA E A LACTANTE NO LOCAL DE TRABALHO
PREGNANT AND BREASTFEEDING IN THE WORKPLACE
MUJERES EMBARAZADAS Y LACTANTES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Carla Nunes¹

Cristina Morgado²

Luís Costa³

Madalena Silva⁴

Sónia Amaral⁴

Cláudia Chaves⁵

Paula Nelas⁶

Emília Coutinho⁷

¹ USF Cidade Jardim, ACeS Dão Lafões, Viseu, Portugal

² ULS da Guarda, EPE, Guarda, Portugal

³ USF Infante D. Henrique, ACeS Dão Lafões, Viseu, Portugal

⁴ UCC Mangualde, ACeS Dão Lafões, Viseu, Portugal

⁵ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal | Instituto Politécnico de Viseu, SIGMA – Phi Xi Chapter, CI&DEI, Viseu, Portugal

⁶ Instituto Politécnico de Viseu, UICISA:E, Viseu, Portugal

⁷ Instituto Politécnico de Viseu, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, Viseu, Portugal

Carla Nunes - carlacgnunes@hotmail.com | Cristina Morgado - cristinapm2@hotmail.com | Luís Costa - luiscosta911@hotmail.com |

Madalena Silva - madalena.fatima@hotmail.com | Sónia Amaral - soniapaisamaral@live.com.pt | Cláudia Chaves - claudiachaves21@gmail.com |

Paula Nelas - pnelas@gmail.com | Emília Coutinho - ecoutinhoessv@gmail.com



Autor Correspondente

Carla Nunes

ACeS Dão Lafões - USF Cidade Jardim

Av. Madre Rita de Jesus, 3

3500-179 Viseu – Portugal

carlacgnunes@hotmail.com

RECEBIDO: 11 de julho de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: As mulheres trabalhadoras grávidas são consideradas um grupo vulnerável, pelo que devem ser desenvolvidas intervenções adequadas à promoção e proteção da saúde materno-infantil, que possam satisfazer as trabalhadoras e os empregadores e que facilitem o regresso ao trabalho.

Objetivos: Analisar as condições do local de trabalho em termos de saúde ocupacional proporcionadas às mulheres em situação de gravidez e lactantes.

Métodos: Efetuou-se uma pesquisa clássica da literatura científica, usando o motor de busca o Google Académico, as bases de dados eletrónicas dos repositórios portugueses e a página da Ordem dos Enfermeiros de Portugal.

Resultados: Diversas leis têm sido estabelecidas para delinear os direitos da mulher grávida e lactante nos vários países, mas mantêm-se sinais discriminatórios e de incumprimento. Importa abordar a gravidez no trabalho de forma proativa, caminhando para uma mudança organizacional que ocorra com o apoio dos empregadores. Recomenda-se a investigação pré-gravidez das condições e riscos do trabalho que possam trazer efeitos nefastos às mulheres grávidas.

Conclusões: É fundamental que os profissionais da saúde ocupacional atuem, promovendo atitudes positivas em relação às mulheres grávidas, apoiando concomitantemente os empregadores na adaptação do ambiente de trabalho à grávida.

Palavras-chave: mulher; gravidez; lactante; trabalho; saúde ocupacional

ABSTRACT

Introduction: Pregnant working women are considered to be a vulnerable group, so appropriate interventions must be developed to promote and protect both maternal and child health. Moreover, it can satisfy not only workers, but also employers and facilitate their return to work.

Objectives: Analyze the conditions of the workplace in terms of occupational health provided to pregnant women and breastfeeding women.

Methods: A classic research of scientific literature was carried out, using the Google Scholar search engine, the electronic databases of Portuguese repositories and the Portuguese Nurses Order website.

Results: Several laws have been established to outline the rights of pregnant and lactating women in different countries, but signs of discrimination and non-compliance remain. It is important to approach pregnancy at work in a proactive way, moving towards organizational change that occurs with the support of employers. Pre-pregnancy investigation of work conditions and risks that may have harmful effects on pregnant women is recommended.

Conclusions: It is essential that occupational health professionals act, promoting positive attitudes towards pregnant women, while supporting employers in adapting the work environment to pregnant women.

Keywords: woman; pregnancy; lactating; job; occupational health

RESUMEN

Introducción: Las mujeres embarazadas que trabajan se consideran un grupo vulnerable, por lo que se deben desarrollar intervenciones apropiadas para promover y proteger la salud materna e infantil, que puedan satisfacer a los trabajadores y empleadores y que faciliten el regreso al trabajo.

Objetivos: Analizar las condiciones del lugar de trabajo en términos de salud ocupacional brindada a mujeres embarazadas y lactantes.

Métodos: Se realizó una búsqueda clásica de la literatura científica, utilizando el motor de búsqueda Google Scholar, las bases de datos electrónicas de los repositorios portugueses y la página de la Orden de Enfermeras portuguesa.

Resultados: Se han establecido leyes para delinear los derechos de las mujeres embarazadas y lactantes en diferentes países, pero persisten los signos de discriminación e incumplimiento. Es importante abordar el embarazo en el trabajo de manera proactiva, avanzando hacia el cambio organizacional que ocurre con el apoyo de los empleadores. Se recomienda la investigación previa al embarazo de las condiciones y riesgos laborales que pueden tener efectos nocivos para las mujeres embarazadas.

Conclusiones: Es esencial que los profesionales de la salud laboral actúen, promoviendo actitudes positivas hacia las mujeres embarazadas, al tiempo que apoyan a los empleadores en la adaptación del entorno laboral a las mujeres embarazadas.

Palabras Clave: mujer; embarazo; lactante; trabajo; salud ocupacional

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, muitos países observaram um aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho. Segundo dados estatísticos apresentados pela Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (CITE), (S.D.), Portugal apresenta uma taxa de atividade mais elevada do que os restantes países da União Europeia (UE), nomeadamente no que se refere às mulheres, sendo que em 2011 esta taxa era, para o sexo feminino, de 69,8% em Portugal e de 64,9% nos restantes países europeus. Em relação à taxa de emprego, Portugal situa-se ligeiramente acima do valor médio da UE, com uma taxa de 64,8 % face aos 62,3 % nos outros países da UE. No que diz respeito à taxa de desemprego registada em Portugal, verifica-se que também esta é superior na classe feminina, com 13,2% comparativamente com os outros países da UE, que apresentam 9,8% (Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, S.D.).

As mulheres ocupam também, em regra, os lugares inferiores da escala salarial, as funções menos prestigiantes ao nível social e sofrem por vezes discriminação na admissão, qualificação e promoção no trabalho. De acordo com um estudo realizado no Brasil com 122 puérperas, em que 58 destas se encontravam desempregadas, a gravidez foi o motivo apontado por 46 para a perda de emprego (Gody, Gomes, Stefanello, Monteiro, & Nakano, 2011).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), alerta que as mulheres grávidas e as lactantes possuem múltiplos direitos, como sejam a garantia de emprego, licenças de maternidade remuneradas e pausas para amamentar, entre outros. (Gody, Gomes, Stefanello, Monteiro, & Nakano, 2011)

Todavia, esta realidade não se verifica em muitas situações e tem-se deixado para segundo plano a proteção integral da grávida, do embrião, feto e recém-nascido. Este grupo de trabalhadoras requer cuidados especiais e constitui, segundo o plano nacional de saúde ocupacional, um grupo vulnerável. Torna-se assim necessário impulsionar medidas de proteção da mulher grávida no emprego e capacitar as mesmas, informando-as para que possam, no poder do exercício dos seus direitos, conciliar a atividade laboral com a maternidade.

Conhecem-se casos em que as grávidas saem praticamente do trabalho para a maternidade para assim poderem usufruir da totalidade da licença de maternidade após o parto, desconsiderando os riscos desta conduta. É importante atender às intercorrências que poderão advir desde a fecundação, implantação do óvulo fertilizado e no decurso da gravidez. As primeiras semanas revelam-se vitais para o sucesso da gestação, daí que os cuidados e a proteção da trabalhadora grávida desde o início da gestação possam evitar abortos espontâneos e malformações congénitas.

Existem frequentemente situações de perigo para a saúde e integridade física dos trabalhadores nos locais de trabalho, que no caso das grávidas assume especial relevância. Torna-se então imperioso rastrear precocemente as condições e o ambiente de trabalho em que exercem, para intervir na adaptação do local e carga de trabalho às alterações fisiológicas decorrentes da gravidez.

A pesquisa estruturada neste artigo tem como objetivo promover a reflexão sobre as condições do local de trabalho, em termos de saúde ocupacional, proporcionadas a mulheres em situação de gravidez e lactantes. Visa ainda divulgar estratégias que protejam e promovam a saúde materno-infantil.

1. MÉTODOS

Efetou-se uma pesquisa clássica da literatura científica, usando o motor de busca o Google Académico, as bases de dados eletrónicas dos repositórios portugueses e página da Ordem dos Enfermeiros de Portugal.

Utilizaram-se combinações booleanas dos termos mulheres grávidas, local de trabalho e emprego para acesso aos artigos existentes nas bases de dados. A pesquisa aportou estudos e documentos legislativos num total de 10 fontes que serviram de base à análise reflexiva e crítica sobre a problemática da vivência da gravidez e lactância em contexto de trabalho.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise efetuada aos textos publicados, emergiram várias categorias que serviram de base à estruturação deste artigo, são elas: Saúde ocupacional, enfermagem, grávida e lactante; Direitos da trabalhadora grávida e lactante; Atividades proibidas ou condicionadas a colaboradoras grávidas e lactantes; Contributos do enfermeiro na prática.

• Saúde ocupacional, enfermagem, grávida e lactante

A Saúde Ocupacional tem evoluído com o decorrer do tempo e tem por finalidade a prevenção e identificação de fatores de risco existentes no local de trabalho suscetíveis à saúde da trabalhadora. Dedicar-se à promoção e vigilância da saúde, assegurando uma melhor qualidade de vida do trabalhador ao nível físico, social e mental (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2013).

O enfermeiro em saúde ocupacional pode e deve ter aqui um papel preponderante, ao apoiar quer a grávida quer o empregador a exercerem os seus direitos, disponibilizando e fornecendo informação e ao colaborar na adaptação do ambiente e local de

trabalho. Pode pois, explorar questões que afetam as trabalhadoras grávidas e lactantes no local de trabalho, consideradas como um grupo vulnerável, e dar a conhecer estratégias que permitam promover e proteger a saúde materna e infantil.

Como trabalhadora grávida entende-se a mulher grávida trabalhadora que informa a entidade empregadora da sua situação por escrito e mediante atestado médico. Define-se como trabalhadora lactante aquela que amamenta e informa o empregador por escrito e comprovando com atestado médico (Decreto-lei nº70/2000).

Compete à equipa de saúde ocupacional, nomeadamente ao enfermeiro, dinamizar processos e ações de promoção de saúde que conduzam a boas práticas neste âmbito, valorizando o esforço conjunto de trabalhadores e empregadores (Oliveira & André, 2010). Desta forma, a promoção de estilos de vida saudáveis, resultante em melhores condições de vida pessoal e profissional, acarretam menor sedentarismo, menos ausências no trabalho e consequentemente melhor produtividade. Neste sentido, é essencial que se proceda à formação e sensibilização das chefias para ajustarem a colocação e manutenção da grávida às suas aptidões fisiopsicológicas.

Também o bem-estar psicológico interfere com a saúde da grávida. O ambiente laboral e familiar da mulher, poderão conduzir ao *stress* e desgaste emocional, potenciado, nesta fase, também pelas alterações hormonais e de humor, tão frequentemente associados à sua condição. Em consequência, poderão surgir transtornos como a depressão, ansiedades e doenças psicossomáticas (Júnior, 2012).

As mulheres constituem quase metade da força de trabalho, tanto nos EUA como na União Europeia, no entanto, a discriminação de mulheres grávidas continua a ser uma das principais queixas. Nos EUA, entre 1992 e 2007, as queixas por parte das mulheres grávidas contra os padrões atingiram uma proporção maior do que a discriminação sexual ou relatos de assédio sexual (Salihi, Myers, & August, 2012). Muitas mulheres ainda são desconsideradas como cidadãs, estando subjugadas às vontades e decisões dos maridos, sem direito a voto ou a qualquer participação política ou administrativa. Não são respeitadas pelas suas capacidades no trabalho e são desvalorizadas, auferindo salários inferiores aos dos homens, sofrem vários tipos de preconceitos e são vítimas, por vezes, de assédio moral e sexual, o que as torna num grupo vulnerável no trabalho.

O aumento da classe feminina nos locais de trabalho tem reforçado a premência de serem desenvolvidas políticas de trabalho que as protejam, nomeadamente ao longo da gravidez, o que justifica também a existência de leis que delineiem os direitos das trabalhadoras grávidas nos EUA, Canadá, Reino Unido e na eu (Salihi, Myers, & August, 2012).

Sabendo que atualmente na nossa cultura a educação dos filhos é ainda maioritariamente imputada ao sexo feminino, a maternidade constitui uma condição que complica a participação das mulheres no mercado de trabalho. Por conseguinte, para a maioria dos empregadores a maternidade conduz a um aumento da despesa, pelo uso dos benefícios laborais, e a consequentes ausências ao trabalho.

Recentemente, com as novas tecnologias e globalização das economias mundiais, alterações climáticas e demográficas, têm surgido novos fatores de risco e diferentes tipos de exposição em ambiente laboral, comprometendo as questões de saúde no trabalho (Portugal, Ministério da Saúde, Direção0 Geral da Saúde, 2013).

• Direitos da trabalhadora grávida e lactante

Sentiu-se a necessidade de criar legislação que protegesse as mulheres, especialmente durante o período gestacional, sendo que as várias leis, estão já a ser aplicadas um pouco por todo o mundo, sendo o Reino Unido, o país que mais se tem destacado, com leis que incentivam a maternidade. De acordo com a Diretiva 89/391 da UE, aprovada em 1992, as trabalhadoras grávidas não devem ser expostas a riscos para a saúde materna e fetal, tanto de origem química como biológica. Não obstante, continua a haver um incumprimento generalizado por parte das entidades empregadoras (Salihi, Myers, & August, 2012).

Em Portugal, desde 2009, a trabalhadora tem direito a condições laborais especiais, no que se refere à saúde e segurança no local de trabalho, (Decreto-Lei nº 91/2009), destacando-se:

- isenção de taxas moderadoras enquanto grávidas e 60 dias após o parto;
- licença de 30 dias anteriores ao parto;
- licença em situação de gravidez de risco pelo tempo necessário e determinado por prescrição médica;
- licença por interrupção de gravidez por 14 a 30 dias, perante certificado médico;
- dispensa de trabalho para consultas pré-natais e preparação para o parto por tempo e número de vezes indeterminados, desde que informem antecipadamente a entidade empregadora e posteriormente apresentem a justificação;
- dispensa por motivo de proteção da sua saúde e segurança, no caso do empregador não ter possibilidade de lhe atribuir outra atividade compatível com o seu estado, sendo neste caso atribuído um subsídio correspondente a 65% da sua remuneração;
- dispensa na prestação de trabalho suplementar: a grávida não é obrigada a realizar horas extraordinárias, até aos 12 meses de idade da criança e enquanto durar a amamentação;
- dispensa de 120 dias com remuneração a 100%, de 150 dias a 80% ou 150 dias a 100%, mas neste caso com a condição de cada progenitor usufruir de 30 dias consecutivos ou 15 dias consecutivos em 2 períodos ou de 180 dias a 83%;
- dispensa diária para amamentação enquanto a mesma durar, com apresentação de atestado médico, num período máximo de uma hora em dois momentos distintos, exceto no caso de existir acordo com o empregador para praticar

outro regime. Esta dispensa acresce de mais trinta minutos por cada gêmeo e reduz os mesmos 30 minutos no caso de atividade em tempo parcial. No caso de não amamentação, esta dispensa termina quando o descendente perfaça um ano de idade;

- dispensa da trabalhadora no período noturno entre as 20 horas e as 7h00 do dia seguinte, com a duração de 112 dias antes e após o parto e enquanto durar a amamentação, com apresentação de atestado médico;
- no caso de despedimento da grávida é necessário sempre um parecer prévio da Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, requerido pela entidade empregadora, que deverá dar resposta no prazo de 30 dias. Na ausência de qualquer resposta, considera-se nulo o despedimento, que só poderá ser decretado em tribunal.

Um estudo realizado pela Comissão de Igualdade de Oportunidades do Reino Unido, em 2005, mostrou que metade das mulheres grávidas relataram algum tipo de desvantagem relacionada com a gravidez, e esta mesma comissão informou um aumento de 65% das reclamações com respeito à gravidez entre 1992 e 2007, superiores às de discriminação sexual durante o mesmo período (Salihu, Myers, & August, 2012).

• Atividades proibidas ou condicionadas a colaboradoras grávidas e lactantes

A grávida tem direito a condições específicas de saúde e segurança de trabalho, que lhe permitam exercer as suas atividades de modo a proteger a sua saúde e a do feto. Trabalhadoras expostas a agentes nocivos e a outros riscos podem levar a repercussões sobre a gravidez ou a amamentação. Perante isto, torna-se importante a avaliação destas situações para se intervir de forma a evitar a exposição aos riscos. O empregador deverá, neste contexto, estar capacitado para tomar medidas adequadas, como sejam a adaptação das condições de trabalho da grávida e lactante ou atribuição de tarefas compatíveis com o seu estado e categoria profissional.

Consideram-se proibidas atividades em que a grávida e lactantes estejam expostas a agentes físicos, como radiações ionizantes ou atmosferas com elevada sobrepressão (câmaras hiperbáricas ou de mergulho submarino), agentes biológicos, como vetores de transmissão da toxoplasmose e vírus da rubéola, exceto se esta se apresentar imune e agentes químicos, como o chumbo e seus compostos e substâncias químicas perigosas classificadas com advertências de risco. Relativamente às substâncias químicas, podem causar alterações genéticas hereditárias, risco de efeitos adversos nos descendentes ou provocar lesões em crianças amamentadas. O não cumprimento das medidas protetoras da exposição a estes agentes constitui, por parte do empregador, uma contraordenação muito grave (Lei nº 102/2009).

A legislação estabelece ainda como proibido o exercício de atividade pela grávida e lactante em minas subterrâneas (Lei nº 102/2009). Existem algumas atividades que não sendo proibidas são condicionadas à colaboradora grávida. Estas envolvem a exposição a agentes físicos, suscetíveis de originar danos ao feto ou descolamento da placenta provocados por choque, movimentos ou vibrações mecânicas; movimentação de pesos superiores a 10 Kg; ruído, temperaturas extremas e radiações não ionizantes.

As atividades em que a grávida possa estar exposta a agentes biológicos são também condicionadas, assim como aquelas em que a grávida e lactante corram o risco de ser expostos a substâncias químicas, com advertências de risco com possibilidade de prejuízos irreversíveis, provocar cancro e danos nos descendentes (Lei nº 102/2009).

A legislação estabelece que a entidade empregadora seja responsável pela segurança e saúde dos seus colaboradores em todas as circunstâncias relacionadas com o trabalho, devendo utilizar medidas gerais de prevenção tais como evitar os riscos, avaliar os que não podem ser evitados, combatê-los na fonte e promover a adaptação do trabalho (Moreira, 2010).

Isoladamente, trabalhos manuais e esforço físico por si só não têm grande relevância na evolução da gravidez/saúde fetal, no entanto quando combinados com outras variáveis, como sendo a idade, complicações durante a gravidez, tabagismo, horas de trabalho, *stress*, entre outros, assumem uma maior preponderância. A maioria dos estudos encontra poucas ou nenhuma relação entre o desenvolvimento fetal e atividades normais relacionadas com o trabalho, nomeadamente ficar de pé, flexão, elevações ou longas horas de trabalho. Apesar disso, trabalhos manuais e fisicamente exigentes poderão ter um impacto sobre a mulher grávida, sendo recomendada a redução temporária moderada de atividade física. Longos períodos de pé fazem igualmente aumentar a probabilidade de aborto espontâneo entre mulheres que tiveram um episódio anterior de aborto espontâneo. As quedas são a principal causa de acidentes no trabalho, que na grávida se devem às alterações fisiológicas e anatómicas. Cerca de 1 em 4 mulheres relataram queda no ciclo gravídico, sendo que 2% das mesmas ocorreram no meio laboral. São apontadas como causas de queda o piso escorregadio, ritmos apressados e transporte de objetos e crianças (Salihu, Myers, & August, 2012).

Numa revisão recente acerca dos efeitos radioativos em mulheres grávidas, foram encontradas evidências que apoiam os riscos relacionados com as radiações ionizantes, associando altos níveis de exposição ao aborto espontâneo, atraso de crescimento intrauterino e cancro. Os riscos de exposição são mais preocupantes entre a 2ª e 7ª semana após a conceção (Salihu, Myers, & August, 2012).

As mulheres que percecionam os empregadores/superiores como apoio são mais propensas a retornar ao trabalho após o parto, reduzindo custos para o empregador. Por outro lado, a atitude negativa em relação ao local de trabalho, que contribui para uma

insatisfação no trabalho, está associada a um aumento da probabilidade de parto prematuro. Um trabalho gratificante não adiciona uma quantidade significativa de *stress*, não sendo por isso prejudicial para o feto (Salihi, Myers, & August, 2012). Seria necessário alterar a cultura organizacional da sociedade, transformando-a numa cultura que “abraça” as mulheres e a gravidez, integrando-as no mercado de trabalho e fornecendo apoio social adicional, que se traduziria numa maior satisfação no trabalho. Essa alteração resultaria igualmente numa diminuição dos níveis de perda institucional e numa maior retenção dos funcionários, reduzindo custos com contratação e formação e a uma maior propensão para regressar ao trabalho após o parto. O primeiro trimestre da gravidez representa o período mais vulnerável e de maiores desafios físicos e psicológicos para as mulheres. A saúde ocupacional poderá ter um importante papel na resolução de problemas de saúde específicos de mulheres grávidas no local de trabalho, através da realização de avaliações precoces dos perigos e riscos no local de trabalho para as mulheres grávidas, solucionando problemas exclusivos da grávida.

CONCLUSÕES

A emancipação da mulher no mercado de trabalho conduziu a que esta adotasse uma conduta de esposa, mãe e trabalhadora, tanto no domicílio como fora do mesmo. Verifica-se em alguns países um número acrescido do género feminino no meio laboral. No entanto, apesar de existir legislação que protege a mulher grávida, trabalhadora e lactante, continuam a constatar-se situações discriminatórias face a este grupo que é considerado vulnerável.

As grávidas encontram-se muitas vezes expostas a situações de risco no local de trabalho, que podem comprometer a sua saúde e o desenvolvimento saudável do feto. Torna-se por isso essencial o rastreio precoce das condições e ambiente laborais onde a grávida se encontra, a fim de promover a necessidade adaptabilidade dos contextos laborais ao estado específico da grávida e lactante.

Ao enfermeiro em saúde ocupacional, vocacionado para a prevenção e promoção da saúde, cabe liderar e assumir um papel central de mediador, integrado no seio da equipa. Como profissional de saúde é da sua competência desenvolver atividades, em articulação com trabalhadores e empregadores, que visem melhorar a qualidade de vida e saúde da grávida e lactante, considerando em simultâneo os custos financeiros das mesmas para a entidade empregadora.

É ainda função do enfermeiro promover a mudança de comportamentos, principalmente nos grupos de risco ou pessoas vulneráveis, como seja, o caso das grávidas e lactantes. Assim, as atividades de educação para a saúde devem informar as mulheres que ignoram os seus direitos e sensibilizar os empregadores para a educação, formação e cumprimento da legislação estabelecida, no sentido de implementarem uma cultura organizacional que apoie as mulheres e a gravidez, combatendo estereótipos e medos de consequências negativas nos locais de trabalho.

Contributos das intervenções de enfermagem: É especialmente importante que o enfermeiro investigue as questões associadas ao desejo de engravidar por parte das trabalhadoras em idade fértil, de forma a abordar a gravidez antes da sua ocorrência, triando e controlando sobretudo os perigos entre as mulheres com exposições de alto risco a radiações, solventes e produtos químicos, devido aos potenciais efeitos nefastos para o feto.

O enfermeiro deverá ocupar uma posição privilegiada de moderador, instituindo um programa de avaliação de saúde ocupacional obrigatório antes das sete semanas de gravidez, evitando consequentes ausências ou absentismo no meio do trabalho nos casos em que a mulher exerça trabalhos fisicamente mais exigentes, com mudanças de funções no emprego.

Em síntese, em face da crescente redução da maternidade é urgente desenvolver e implementar condições favoráveis à gravidez, maternidade e amamentação. A recolha e conservação do leite materno permite assegurar o regresso mais precoce ao trabalho, maior produtividade e melhor imagem social da empresa e satisfação com a mesma. Favorece ainda uma descendência mais saudável, diminuindo consequentemente as ausências parentais para acompanhamento e consulta, permitindo concomitantemente o aumento da taxa de amamentação.

Neste particular, assume destaque a missão do enfermeiro especialista em enfermagem e saúde comunitária. Este tem como função avaliar as necessidades da comunidade trabalhadora, em especial das grávidas e lactantes, e proceder ao planeamento de estratégias e ações de forma a dar resposta às situações prioritárias, proporcionando melhores condições de trabalho. Simultaneamente ajudará as mulheres e crianças a ser mais saudáveis e as empresas a dispor de postos de trabalho promotores da dignidade da mulher grávida e lactante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego (s.d.). *Mulheres e homens: Trabalho, emprego e vida familiar*. Acedido em <http://www.cite.gov.pt/pt/acite/mulheresehomens.html>
- Decreto-Lei nº 70/2000. (2000, Maio 04). Paternidade e maternidade [Portugal]. *Diário da República*, 1(103), pp. 1825-1831. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/2000/05/103A00/18251831.pdf>
- Decreto-Lei nº 91/2009. (2009, Abril 09). Montante do subsídio parental inicial [Portugal]. *Diário da República*, 1(70), pp. 2194-2206. Acedido em <http://dre.pt/pdf1s/2009/04/07000/0219402206.pdf>
- Godoy, M. B., Gomes, F. A., Stefanello, J., Monteiro, J. C. S., & Nakano, A. M. S. (2011). Situação trabalhista da mulher no cíclico grávido-purperal. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(1), 47-53. 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=587943&indexSearch=ID>
- Júnior, J. B. O. (2012). *Medicina do trabalho e perícia médica: Visão cível, criminal, trabalhista e previdenciária* (2ª ed.). São Paulo: Santos Editora.
- Lei n.º 102/2009. (2009, Setembro 10). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho [Portugal]. *Diário da República*, 1(176), pp. 6178-6179. Acedido em <https://data.dre.pt/eli/lei/102/2009/09/10/p/dre/pt/html>
- Moreira, A. (2010). *Segurança e saúde no trabalho: Em ambiente de escritório*. Lisboa: Edições Técnicas.
- Oliveira, A., & André, S. (2010). Enfermagem em saúde ocupacional. *Millenium*, 41, 115 -122. Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium41/8.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde ocupacional*. Lisboa: DGS. 2013. Acedido em <http://www.dgs.pt/saude-ocupacional/programa-nacional/pnsoc-2013-2017.aspx>
- Salihu, H. M. Myers, J., & August, E. M. (2012). Pregnancy in the workplace. *Occupational Medicine*, 62, 88-97. DOI: 10.1093/occmed/Kqr198. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22355087?dopt=Abstract>

Millenium, 2(ed espec. nº5), 161-168.

pt

AMAMENTAÇÃO E COVID-19: CONTRIBUTOS PARA PRÁTICAS SEGURAS
BREASTFEEDING AND COVID-19: CONTRIBUTIONS TO SAFE PRACTICES
LACTANCIA Y COVID-19: CONTRIBUCIONES PARA PRACTICAS SEGURAS

Dulce Maria Galvão¹
Ernestina Silva²

¹ Escola Superior de Enfermagem, UICISA:E, Coimbra, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

Dulce Maria Galvão - dgalvao@esenfc.pt | Ernestina Silva - ernestinabatoca@gmail.com



Autor Correspondente

Dulce Maria Galvão

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Rua 5 de Outubro (Polo B) s/n
3045-043 Coimbra
dgalvao@esenfc.pt

RECEBIDO: 15 de abril de 2020

ACEITE: 11 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: A amamentação do bebé de mães com COVID-19 pode associar-se a riscos de transmissão do vírus através do leite materno, justificando-se a adoção de práticas seguras.

Objetivos: Identificar as recomendações da OMS sobre amamentação e Covid-19.

Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada em março de 2020 no sítio web da OMS, utilizando-se os descritores “breast feeding”, “pregnancy”, “childbirth”, “health knowledge, attitudes, practice” e “COVID-19”.

Resultados: Existe evidência em sete documentos da OMS que em mulheres com COVID-19 a amamentação deve ser aconselhada, uma vez que o vírus não foi encontrado em amostras do líquido amniótico ou do leite materno, contudo é primordial apoiar a mãe a amamentar com segurança e com medidas de higiene respiratória, lavar as mãos antes e depois de tocar o bebé e higiene das superfícies com que contacta.

Conclusões: O conhecimento científico disponível sobre COVID-19 e amamentação encontra-se em constante evolução, devendo os profissionais de saúde apoiar a amamentação e gerir as dificuldades, tomando todas as precauções no sentido de prevenir e controlar o risco de infeção.

Palavras-chave: aleitamento materno; gravidez; parto; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; COVID-19

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding the baby of mothers with COVID-19 may be associated with risks of virus transmission through breast milk, justifying the adoption of safe practices.

Objectives: To identify WHO recommendations on breastfeeding and Covid-19.

Methods: Integrative literature review conducted in March 2020 on the WHO website using the descriptors “breast feeding”, “pregnancy”, “childbirth”, “health knowledge, attitudes, practice” and “COVID-19”.

Results: There is evidence in seven WHO documents that in women with COVID 19 breastfeeding should be advised, since the virus was not found in samples of amniotic fluid or breast milk, however it is essential to support the mother to breastfeed with safety and with respiratory hygiene measures, wash the hands before and after touching the baby and hygiene of surfaces what she contacts.

Conclusions: The scientific knowledge available on COVID-19 and breastfeeding is in constant evolution, and the health professionals should support breastfeeding and manage difficulties, taking all precautions in order to prevent and control the risk of infection.

Keywords: breast feeding; pregnancy; childbirth; health knowledge, attitudes, practice; COVID-19

RESUMEN

Introducción: Amamantar al bebé de madres con COVID-19 puede estar asociado con riesgos de transmisión de virus a través de la leche materna, justificando la adopción de prácticas seguras.

Objetivos: Identificar las recomendaciones de la OMS sobre lactancia materna y Covid-19.

Métodos: Revisión integral de la literatura realizada en marzo de 2020 en el sitio web de la OMS, utilizando los descriptores “breast feeding”, “pregnancy”, “childbirth”, “health knowledge, attitudes, practice” e “COVID-19”.

Resultados: Hay evidencia en siete documentos de la OMS que en mujeres con COVID 19 se debe recomendar la lactancia materna, ya que el virus no se encontró en muestras de líquido amniótico o leche materna, sin embargo, es esencial ayudar a la madre a amamentar con seguridad y con medidas de higiene respiratoria, lavar las manos antes y después de tocar al bebé y higiene de las superficies con la cual contacta.

Conclusiones: El conocimiento científico disponible sobre COVID-19 y la lactancia materna esta en evolución constante, y los profesionales de la salud deben apoyar la lactancia materna y manejar las dificultades, tomando todas las precauciones para prevenir y controlar el riesgo de infección.

Palabras Clave: lactancia materna; embarazo; parto; conocimientos, actitudes y práctica en salud; COVID-19

INTRODUÇÃO

A amamentação é a estratégia isolada mais forte na prevenção da mortalidade infantil, promoção da saúde física e mental da criança e da mulher que amamenta (Neto, Cardoso, & Oliveira, 2015). Dados recentes, divulgados por Vitora et al. (2016) enfatizam que se a amamentação escalasse a nível mundial, cerca de 820000 crianças por ano, seriam salvas e mantidas saudáveis.

O leite materno é o melhor alimento para o bebé porque contém em si propriedades nutricionais essenciais ao crescimento e desenvolvimento nos seus primeiros meses de vida (Galvão, 2006). Este alimento tem ainda a particularidade de ser facilmente digerido, se encontrar prontamente disponível, estéril e à temperatura ideal (Galvão, 2006), conter anticorpos fundamentais à prevenção de doenças frequentes na infância (Correia, 2009) e ser completo, natural e sem custos associados (Levy & Bértolo, 2012). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o aleitamento materno é fundamental para o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, favorecendo uma maior união entre ambos e uma ligação emocional muito forte e precoce (Galvão, 2006).

De acordo com a OMS (WHO, 2017) a amamentação deve ser mantida de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida e, a partir desta idade, deve ser iniciada a diversificação alimentar enquanto complemento do aleitamento materno até aos dois anos. Com a finalidade de se assegurar esta orientação, a amamentação deve ser iniciada na primeira meia hora de vida, deve-se respeitar a frequência com que a criança deseja mamar, de dia e de noite, e devem ser evitados biberões e chupetas (Levy & Bértolo, 2012). Várias medidas têm sido implementadas a nível mundial no sentido de promover a amamentação e de aumentar a taxa de aleitamento materno exclusivo. Porém, de acordo com a OMS (WHO, 2017) mundialmente, apenas 40% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente e três em cada cinco bebés não são amamentados na primeira hora de vida. Para a OMS (WHO, 2014), reconhecendo a amamentação como a melhor fonte de nutrição para bebés e crianças pequenas, constitui meta global que até 2025 pelo menos 50% das crianças sejam exclusivamente amamentadas nos primeiros 6 meses de vida. Constitui medida promotora do aleitamento materno preconizada na Iniciativa Amiga dos Bebés, promover o contacto físico imediato e mantido entre mãe e o bebé e ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno o mais precocemente possível após o nascimento (WHO & UNICEF, 2018).

No início do mês de janeiro de 2020 as autoridades chinesas identificaram pela primeira vez um novo vírus da família dos coronavírus (2019-nCoV) como sendo o causador da pneumonia dos trabalhadores e frequentadores do mercado de peixe, mariscos e aves em Wuhan, na China, que haviam reportado à OMS a 31 de dezembro (DGS, 2020c). A OMS, à doença resultante da infeção com o novo coronavírus, designou de COVID-19 (Qiu et al, 2020). No dizer da DGS (2020a) a transmissão de pessoa a pessoa foi confirmada e ocorre pela disseminação de gotículas respiratórias produzidas quando a pessoa infetada tosse, espirra ou fala, as quais podem ser depositadas diretamente em pessoas próximas ou em superfícies ou objetos contaminados não havendo até ao momento vacina ou tratamento específico para esta infeção (Orientação nº006/2020 de 26/02/2020 DGS).

A propagação do vírus a nível mundial foi rápida.

Face a este eclodir da doença, a OMS declarou Emergência de Saúde Pública Internacional a 30 de janeiro de 2020, o que implica medidas de prevenção e coordenação a nível mundial, e pandemia internacional, no dia 11 de março de 2020.

Em Portugal os dois primeiros casos surgiram a 2 de março de 2020 e a 17 de março nasceu o primeiro bebé de uma mulher infetada.

Rodrigues e Barros (2020) afirmam que em Portugal se pode estimar que cerca de 80000 mulheres estão grávidas, mas que é ainda limitada a quantidade de informação sobre o efeito da COVID-19 em mulheres grávidas. Também de acordo com a OMS (WHO, 2020e) os dados sobre COVID-19 em populações específicas, como crianças e mulheres grávidas são escassos. Refere também que, atualmente, não se conhecem diferenças nas manifestações clínicas de COVID-19 entre gestantes e mulheres não grávidas (WHO, 2020e). Citando Cai et al. (2020) e Xia et al. (2020) a OMS refere que, nas crianças, geralmente os sintomas são menos graves que nos adultos e que as crianças apresentam principalmente tosse e febre (WHO, 2020e). Referindo Wei et al. (2020), acrescenta, terem sido poucos os casos descritos de bebés com COVID-19 (WHO, 2020e). Perante o exposto várias questões surgiram: O que recomenda a OMS sobre amamentação e COVID-19? Poderão as mães com COVID 19 amamentar? O leite materno veicula o coronavírus (2019-nCoV)? Que medidas devem ser implementadas para que as mães com COVID-19 não contagiem os filhos? Deve-se promover contacto físico imediato após o nascimento? Como administrar o leite materno de mães com COVID-19 aos filhos?

Assim, partindo das orientações da OMS sobre amamentação e COVID-19 é objetivo do presente artigo conhecer as recomendações da OMS sobre amamentação e Covid-19. É nossa finalidade contribuir para práticas seguras na amamentação de filhos de mães infetadas com COVID-19.

1. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em março de 2020, partindo-se da seguinte questão norteadora: “Quais são as recomendações da OMS sobre amamentação e COVID-19?” Recorreu-se ao sítio *web* da WHO, utilizando os termos dos descritores Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (Mesh) “breast feeding”, “pregnancy”, “childbirth”, “health knowledge, attitudes, practice” e “COVID-19”, usando os operadores booleanos AND e OR. A busca e seleção dos documentos foram feitas por dois pesquisadores, de forma independente. Os critérios de inclusão foram todas as publicações, normas,

recomendações, orientações técnicas, tópicos, perguntas e respostas e pesquisas científicas que abordassem a temática amamentação e COVID-19 no idioma inglês.

Para a seleção dos documentos seguimos as recomendações do método Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – PRISMA (Moher, Liberati Tetzlaff, Altman, & PRISMA, 2010).

A classificação do nível de evidências (NE) foi baseada em Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

2. RESULTADOS

A pesquisa realizada no sítio web da WHO permitiu aceder a sete documentos, incluídos na totalidade na presente revisão por darem resposta à questão formulada e objetivo definido. Foram todos publicados em inglês, são todos do ano de 2020 e enquadraram-se todos no nível de evidência VII. Apresenta-se a Tabela 1 com a síntese dos documentos incluídos.

Tabela 1 - Síntese dos documentos incluídos na revisão integrativa da literatura

Autores/data de publicação	Nome do documento
WHO / 2020	Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public
WHO / 13 de março de 2020	Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected interim guidance
WHO / 18 de março de 2020	WHO TEAM Department of Communications, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing em Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding
WHO / 24 de março de 2020	WHO TEAM Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes. Q&A on COVID-19, HIV and antiretrovirals. Can pregnant or postpartum women living with HIV transmit the COVID-19 virus to their unborn child or infant?
WHO / 24 de março de 2020	WHO TEAM Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes. Q&A on COVID-19, HIV and antiretrovirals. Should pregnant and breastfeeding women living with HIV with COVID-19 and their newborns be managed differently?
WHO / 24 de março de 2020	Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks
WHO / 31 de março de 2020	WHO TEAM Department of Communications. Q&A on infection prevention and control for health care workers caring for patients with suspected or confirmed 2019-nCoV

A OMS na orientação técnica “Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected Interim guidance” de 13 de março de 2020, menciona existirem dados limitados sobre as manifestações clínicas e os resultados perinatais após COVID-19 durante a gravidez ou no puerpério (WHO, 2020b). Acrescenta não existirem evidências que as mulheres grávidas apresentem sinais ou sintomas diferentes ou que tenham maior risco de desenvolvimento de doença grave (WHO, 2020b). Porém, refere existirem poucos dados sobre a manifestação da COVID-19 em populações específicas, como crianças e mulheres grávidas (WHO, 2020e). Também no Department of Communications, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing da OMS é referido que estão a ser desenvolvidas investigações para compreender os impactos da COVID-19 em grávidas, e que, atualmente, não existem provas de que as grávidas infetadas estejam em maior risco de desenvolverem doença severa do que a população em geral (WHO, 2020c).

Para a OMS, ainda não se sabe se uma mulher grávida com COVID-19 pode transmitir o vírus ao feto ou ao bebé durante a gravidez ou parto (WHO, 2020c). Afirma que, com base em amostras negativas do líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, corrimento vaginal, zaragatoas da orofaringe ou leite materno, até ao momento, não há evidências sobre a transmissão da mãe para o filho, quando a infeção se manifesta no terceiro trimestre de gravidez (WHO, 2020b) e que até ao momento, o vírus não foi encontrado em amostras de líquido amniótico ou leite materno (WHO, 2020c). Afirma terem sido poucos os casos relatados de bebés confirmados com COVID-19 e que os descritos desenvolveram doença leve (WHO, 2020b). Citando Zhu et al (2020) e Chen et al (2020) menciona que em nenhuma situação foi documentada transmissão vertical (WHO, 2020b; 2020e). É neste sentido que refere que o líquido amniótico e as amostras de leite materno de seis mães com COVID-19 após a primeira lactação apresentaram resultados negativos para o vírus COVID-19 e que as amostras de sangue do cordão umbilical e orofaringe dos recém-nascidos, nascidos por cesariana, foram todas negativas para o vírus COVID-19 (WHO, 2020b). Acrescenta, porém, que embora a transmissão vertical não tenha sido documentada, a transmissão após o nascimento por contato com as secreções respiratórias infecciosas constitui preocupação (WHO, 2020e).

No seu dizer, todas as mulheres grávidas, incluindo as com infeção confirmada ou com suspeita de COVID-19, devem ter direito a cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto (WHO, 2020c). Para a OMS constitui prática de melhor evidência que todas as mulheres grávidas com COVID-19 ou que recuperaram da doença recebam informações e aconselhamento sobre alimentação adequada para os bebés e medidas apropriadas de prevenção e controle de infeção, para impedir a transmissão COVID-19 (WHO, 2020b). Porque atualmente, não há evidências de que as mulheres grávidas apresentam risco aumentado de

doença grave ou comprometimento fetal, aconselha a que as mães sejam capacitadas e incentivadas a participar nos cuidados pré-natais, conforme apropriado (WHO, 2020b) e relativamente ao parto refere que a cesariana só deve ser realizada quando clinicamente justificada (WHO, 2020c). Acrescenta que o modo de nascimento deve ser individualizado, com base nas preferências da mulher e nas indicações obstétricas (WHO, 2020c).

No entender da OMS “A amamentação protege contra a morbidade e a morte no período pós-neonatal e durante toda a infância. O efeito protetor é particularmente forte contra doenças infecciosas impedidas pela transferência direta de anticorpos e outros fatores anti-infecciosos e pela transferência duradoura da competência e memória imunológicas” (WHO, 2020b, p.11). Assim, recomenda como boa prática que os bebés nascidos de mães com suspeita, provável ou confirmada doença COVID-19 sejam alimentados de acordo com as diretrizes padrão da alimentação infantil, e que sejam aplicadas as precauções necessárias de prevenção e controle da infeção. Observa que a amamentação deve ser iniciada na primeira hora após o nascimento, que a amamentação exclusiva se deve manter por 6 meses, que a introdução de alimentos complementares adequados, seguros e oportunos deve ocorrer aos 6 meses de idade e que a manutenção da amamentação deve continuar até aos 2 anos de idade ou mais (WHO, 2020b). Refere ainda que, dado existir efeito dose-resposta, o início precoce da amamentação resulta em maiores benefícios e que as mães que não conseguem iniciar a amamentação durante a primeira hora após o parto devem receber apoio para amamentar (WHO, 2020b).

Enuncia, como prática recomendada, que em todos os casos confirmados ou suspeitos de COVID-19, mães sintomáticas que amamentam ou que façam contato pele a pele com os filhos ou que praticam mãe canguru devem realizar cuidados de higiene respiratória, inclusive durante a alimentação (Ex: uso de máscara quando perto da criança, se a mãe apresentar sintomas respiratórios, mais eficazes se usadas em conjunto com a limpeza frequente das mãos), higiene das mãos com água e sabão ou limpeza com um gel à base de álcool antes e depois do contato com a criança e limpar e desinfetar rotineiramente as superfícies com que contacta com Hipoclorito de sódio a 0,5% (WHO, 2020a; 2020b; 2020d; 2020e; 2020f; 2020g). Menciona também, como boa prática, aconselhar sobre amamentação, fornecer apoio psicossocial e providenciar suporte prático à alimentação (WHO, 2020b). Neste sentido, observa que todas as mães devem receber dos profissionais de saúde, adequadamente treinados, e de conselheiros em amamentação, apoio prático para iniciarem e estabelecerem a amamentação e gerirem as dificuldades comuns de amamentação, bem como medidas de prevenção e controle da infeção (WHO, 2020b).

Para a OMS é uma prática recomendada que nas situações em que a mãe com COVID-19 apresenta doença grave ou complicações, que a impeçam de cuidar do seu bebé ou de continuar com a amamentação direta, que sejam incentivadas e apoiadas a fazerem expressão do leite, para posteriormente ser administrado com segurança ao bebé, aplicando medidas apropriadas de prevenção e controle da infeção (WHO, 2020b). A OMS observa que, no caso de a mãe estar muito doente para amamentar ou expressar o leite materno, se deve explorar a viabilidade de relactação, ama-de-leite, administração de leite humano doado, substitutos adequados do leite materno, tendo em conta o contexto cultural, a aceitabilidade da mãe e a disponibilidade do serviço (WHO, 2020b).

De acordo com a OMS (WHO, 2020b) constitui prática recomendada que as mães e os bebés permaneçam juntos e pratiquem contato pele a pele, mãe canguru, permaneçam juntos e pratiquem alojamento conjunto durante o dia e a noite, especialmente imediatamente após o nascimento durante o estabelecimento da amamentação, mesmo em situação de suspeita ou confirmação de COVID-19 nas mães ou bebés.

Para a OMS (WHO, 2020b) minimizar as dificuldades no aleitamento materno, durante a permanência nos serviços que prestam cuidados às mães e recém-nascidos exige práticas de cuidados de saúde que permitam à mãe amamentar quando, quanto e durante o tempo que desejar (WHO, 2020b). Uma das práticas de boa evidência que recomenda quando houver necessidade de separação dos pais dos seus filhos e dos filhos dos seus principais cuidadores, é o acesso a profissionais de saúde adequadamente preparados para apoio mental e psicossocial (WHO, 2020b).

3. DISCUSSÃO

No sítio *web* do Department of Communications, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, and Ageing da WHO a 18 de março de 2020 pode ler-se que a investigação está em curso para compreender o impacto da COVID-19 em mulheres grávidas e que ainda não se sabe se uma mulher grávida com COVID-19 pode transmitir o vírus ao feto ou ao bebé durante a gravidez ou parto (WHO, 2020c). Porém, até ao momento, o vírus não foi encontrado em amostras de líquido amniótico ou no leite materno. A OMS afirma também que todas as mulheres grávidas, incluindo as com suspeita ou com infeção confirmada por COVID-19, têm direito a cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto (WHO, 2020c). Também Rodrigues e Barros (2020) referem que atualmente, não há provas de que o risco de contrair COVID-19 seja maior numa mulher grávida do que na população em geral e que não se identificou a ocorrência de transmissão do vírus SARS-CoV-2 no período intrauterino, pelo menos quando a infeção ocorre no terceiro trimestre da gravidez. Também a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020a) comunga desta opinião quando afirma que as mulheres grávidas não parecem ser mais suscetíveis às consequências da infeção com COVID-19 do que a população em geral, porém, tal como a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal (SPOMMF, 2020) referem parece haver um maior risco de parto pré-termo. Quanto ao parto a WHO (2020c), no documento de 18 de março, menciona que

o modo de nascimento deve ser individualizado e com base nas preferências da mulher tendo em conta as indicações obstétricas. Alude ainda que as cesarianas só devem ser realizadas quando clinicamente justificadas (WHO, 2020c). Rodrigues e Barros (2020) e a SPOMMF (2020) são da mesma opinião quando afirmam que a decisão sobre o tipo de parto em grávidas com suspeita de infeção ou com COVID-19, não deve ser influenciada a não ser que a condição respiratória da grávida exija um parto imediato. A SPOMMF (2020), desde que não haja outras contra-indicações, recomenda a laqueação tardia do cordão umbilical após o nascimento referindo que o bebé pode ser limpo e seco normalmente, enquanto o cordão ainda está intacto. Contrariamente, a DGS (2020b) e a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020a) recomendam a laqueação imediata do cordão umbilical. Para a OMS os bebés nascidos de mães com suspeita, provável ou com COVID-19 confirmada, podem fazer contacto pele a pele e amamentação precoce (WHO, 2020b). Opinião contrária têm a DGS (2020b) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020). A OMS refere também que as mulheres com COVID-19 podem amamentar, se assim o desejarem (WHO, 2020b). Aconselha, contudo, que sejam tomadas medidas de prevenção e controle de infeções, de etiqueta respiratória, higiene das mãos, antes e depois do contacto com a criança, e que se limpe e desinfete rotineiramente as superfícies com as quais a mãe sintomática esteve em contacto (WHO, 2020b). No seu entender, caso a mãe não possa amamentar, devido a COVID-19 ou outras complicações, deve ser apoiada a fazer expressão do leite e posterior administração à criança, com segurança. Já a SPOMMF (2020) é de opinião que mães com infeção comprovada e sintomáticas não devem amamentar. Para Rodrigues e Barros (2020) nos casos em que as mães estão infetadas com COVID-19 ou sob investigação, a amamentação pode ser mantida desde que as condições clínicas o permitam. A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020b) refere que o leite materno é um alimento seguro para o bebé - até ao momento não se identificou a presença do vírus no leite materno - porém alerta para a necessidade de cuidados adicionais. É neste sentido que expõe que o contacto mãe-bebé pode estar contra-indicado e por isso aconselham a extração do leite materno com extremo cuidado e higiene, seguida de administração por uma pessoa não doente. Acrescenta, no entanto, não existirem dados suficientes para uma recomendação firme sobre o aleitamento materno em mulheres infetadas, embora o aleitamento materno possa permitir a passagem dos anticorpos maternos (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2020b). Também a DGS (2020b) por não existir evidência sustentada de risco de transmissão viral através do leite materno, em situações de separação mãe-filho, recomenda a extração do leite com bomba, porém aconselha o seu desperdício até a mãe ter dois testes negativos. Já a Sociedad Española de Neonatología (2020) é de opinião que, à luz das evidências atuais, no caso de mulheres infetadas se deve manter a amamentação desde o nascimento, desde que as condições clínicas do recém-nascido e da mãe o permitam e que nos casos em que houver necessidade de extrair o leite materno não há necessidade de o pasteurizar antes de o administrar ao recém-nascido (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2020a; Società Italiana di Neonatologia, 2020). A Società Italiana di Neonatologia (2020) adverte que, nos casos de infeção materna grave, pelas condições gerais da mãe, a expressão do leite materno pode ser inadequada e deve ser evitada. O leite extraído, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020a), deve ser administrado por copo, colher, seringa ou biberão, respeitando as medidas de prevenção de infeções. O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria afirma que em mulheres - gestantes, parturientes e puérperas com diagnóstico confirmado de infeção ou em esclarecimento de diagnóstico, a amamentação pode ser mantida, assegurando-se a autonomia da mulher, com as precauções necessárias para evitar contaminação do recém-nascido, nomeadamente uso de máscara, distância de dois metros entre a cama da mãe e do bebé nos intervalos das mamadas, e higienização adequada das mãos antes e após os cuidados ao recém-nascido (Sociedade Brasileira de Pediatria, Grupo Executivo do Programa Nacional de Reanimação Neonatal 2019-2021, 2020). A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2020a), nas mães a amamentar após o período pós-natal imediato e que se infetam ou em que exista suspeita de infeção, recomenda medidas extremas de higiene das mãos e uso de máscara facial para amamentar o recém-nascido ou fazer extração do leite e posterior administração do leite extraído por um cuidador saudável.

CONCLUSÕES

A pesquisa nas diversas publicações, normas, recomendações, orientações técnicas, tópicos, perguntas e respostas e pesquisas recentes da OMS permitiu verificar que a investigação está em curso e que os dados são limitados, mas que até ao momento não há provas de que as mulheres grávidas estejam em maior risco de desenvolverem doença severa do que a população em geral e que o vírus não foi encontrado em amostras do líquido amniótico ou do leite materno. A OMS declara que mulheres com COVID-19 podem amamentar se assim o desejarem. Aconselha que usem máscara durante a alimentação, lavem as mãos antes e depois de tocarem no bebé e limpem e desinfetem, com frequência, as superfícies com que contactam. Refere que o contato próximo e a amamentação precoce e exclusiva ajudam o bebé a desenvolver-se, pelo que a mãe deve ser apoiada a amamentar com segurança, com boa higiene respiratória, segurar o recém-nascido pele a pele e partilhar um quarto com o bebé. Reitera que também nesta situação devem lavar as mãos antes e depois de tocar no bebé e manter todas as superfícies limpas. Afirma que caso a mãe não se encontre em condições para amamentar o bebé, devido a COVID-19 ou outras complicações, deve ser apoiada para fazer expressão do leite e que o mesmo seja fornecido, com segurança, ao bebé. Acrescenta que caso a mãe esteja muito doente para amamentar ou expressar o leite materno, deve-se explorar a possibilidade de relactação, ama-de-leite, leite humano doado, tendo em conta o contexto cultural, aceitação pela mãe e disponibilidade do serviço.

Consultando os documentos das autoridades de saúde no âmbito da saúde materna e da criança de alguns países permitiu observar divergências em relação às orientações da OMS e também entre eles. A doença COVID 19 é emergente, com um eclodir rápido cujo conhecimento científico se encontra em constante evolução, porém, a OMS aconselha a amamentação em mulheres com COVID-19 uma vez que o vírus não foi encontrado em amostras do leite materno. É importante estar-se atento às constantes atualizações da OMS para o desenvolvimento das melhores práticas no âmbito da promoção da amamentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, A. (2009). Aleitamento materno como um fator preventivo da obesidade. Acedido em https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54499/3/132244_0998TCD98.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2020a). Orientação: Infecção por SARS-CoV-2: Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas. Acedido em <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Orientac%CC%A7a%CC%83o-006.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2020b). Orientação: Covid-19: Fase de mitigação: Gravidez e parto. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2020c). Plano nacional de preparação e resposta à doença por novo coronavírus. Lisboa, Portugal: Autor.
- Galvão, D. (2006). Amamentação bem sucedida: Alguns fatores determinantes. Loures, Portugal: Lusociência.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Lisboa: Comité português para o Fundo das Nações Unidas para a Infância /Comissão Nacional Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. Acedido em <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Neto, A. C., Cardoso, A. M., & Oliveira, M. S. (2015). Fatores que levam ao desmame precoce com puérperas da unidade básica de saúde Palmeiras em Santa Inês Maranhão. In C. R. Brito (Coord.), XV Safety, Health and Environment World Congress, Porto, Portugal, 19-22 July 2015 (pp. 288-292). DOI:10.14684/SHEWC.15.2015.288-292
- Qiu, H., & et al. (2020). Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis* 2020 Published Online, (25). DOI.org/10.1016/ S1473-3099(20)30198- Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930198-5>
- Rodrigues, C., & Barros, H. (2020). COVID-19: Gravidez e aleitamento materno. In M. Tavares & C. Silva (Coords.). Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença: Doença por coronavírus 2019 (cap. 6). Acedido em <https://ispup.up.pt/news/internal-news/da-emergencia-de-um-novo-virus-humano-a-disseminacao-global-de-uma-nova-doenca/896.html/?lang=pt>
- Sociedad Española de Neonatología. (2020). Recomendaciones para el manejo del recién nacido en relación con la infección por SARS-CoV-2: Versión 5.0. Acedido em https://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_seneo_sars-cov-2version_50.pdf
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Grupo Executivo do Programa Nacional de Reanimação Neonatal 2019-2021. (2020). Recomendações para assistência ao recém-nascido na sala de parto de mãe com COVID-19 suspeita ou confirmada. Acedido em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22422b-NAlerta-Assist_RN_SalaParto_de_mae_com_COVID-19.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2020a). Recomendações para a abordagem do Recém-Nascido em contacto com a infeção por SARS-CoV-2. Acedido em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19_170320.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2020b). Pandemia SARS-Cov-2: Extração, conservação e transporte de leite materno em tempo de pandemia. Acedido em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2020/03/Extra%C3%A7%C3%A3o-LM-ambulat%C3%B3rio_SPN.pdf
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal (SPOMMF). (2020). Recomendações da sociedade portuguesa de obstetrícia e medicina materno fetal: Gravidez e coronavírus 2019: O que os obstetras precisam saber. Acedido em http://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2020/03/SPOMMF_coronav%C3%ADrus_vf_12deMar%C3%A7o.pdf
- Società Italiana di Neonatologia. (2020). Allattamento e infezione da SARS-CoV-2: Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia. Acedido em <https://www.sin-neonatologia.it/pdf/covid19/ALLATTAMENTO%20e%20INFEZIONE%20da%20SARS-CoV-2%20Indicazioni%20ad%20interim%20della%20Società%20Italiana%20di%20Neonatologia%20SIN.pdf>

- Vitora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Kraesevec, J., & Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. DOI:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- World Health Organization (WHO) (2014). Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization. Acedido em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149018/WHO_NMH_NHD_14.2_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO) (2017). 10 facts on breastfeeding. Acedido em <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
- World Health Organization (WHO) (2018). 3 in 5 babies not breastfed in the first hour of life breastfeeding within an hour after birth is critical for saving newborn lives. Acedido em <https://www.who.int/news-room/detail/31-07-2018-3-in-5-babies-not-breastfed-in-the-first-hour-of-life>
- World Health Organization (WHO) (2020a). Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance. Acedido em [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
- World Health Organization (WHO) (2020b). Q&A on COVID-19, pregnancy, childbirth and breastfeeding. Acedido em <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-childbirth-and-breastfeeding>
- World Health Organization (WHO) (2020c). Coronavirus disease advice for the public: When and how to use masks. Acedido em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>
- World Health Organization (WHO) (2020d). Q&A on COVID-19, HIV and antiretrovirals: Can pregnant or postpartum women living with HIV transmit the COVID-19 virus to their unborn child or infant?. Acedido em <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals#>
- World Health Organization (WHO) (2020e). Q&A on COVID-19, HIV and antiretrovirals: Should pregnant and breastfeeding women living with HIV with COVID-19 and their newborns be managed differently?. Acedido em <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals#>
- World Health Organization (WHO) (2020f). Coronavirus disease advice for the public. Acedido em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- World Health Organization (WHO) (2020g). Q&A on infection prevention and control for health care workers caring for patients with suspected or confirmed 2019-nCoV. Acedido em <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-infection-prevention-and-control-for-health-care-workers-caring-for-patients-with-suspected-or-confirmed-2019-ncov>
- World Health Organization (WHO), & United Nations Children's Fund. (UNICEF) (2018). Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised baby-friendly hospital initiative. Acedido em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>

Millenium, 2(ed espec nº 5), 169-175.

en

PRECISÃO DA TÉCNICA CLEAN-CATCH PARA COLHEITA DE URINA EM PEQUENOS LACTENTES: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ACCURACY OF CLEAN-CATCH TECHNIQUE FOR URINE COLLECTION IN YOUNG CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

PRECISIÓN DE LA TÉCNICA DE CLEAN-CATCH PARA LA RECOGIDA DE ORINA EN PEQUEÑOS INFANTES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Andreia Almeida¹
Graça Aparício²
Isabel Bica³

¹ Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital Pediátrico, Coimbra, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CINTESIS, Viseu, Portugal

Andreia Almeida - andreiacatarina.almeida@gmail.com | Graça Aparício - gaparicio5@hotmail.com | Isabel Bica - isabelbica@gmail.com



Corresponding Author

Maria Graça Aparício Costa

Escola Superior de Saúde

R. D. João Crisostomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 VISEU - Portugal

gaparicio5@hotmail.com

RECEIVED: 10th March, de 2020

ACCEPTED: 11th de April, de 2020

RESUMO

Introdução: A colheita de urina em crianças deve respeitar a segurança e a eficácia do procedimento, com foco na satisfação da criança/família e qualidade dos cuidados de enfermagem.

O Clean-Catch (CCU), tem sido descrito como método de colheita de urina não invasivo, seguro e rápido, usado em crianças sem controle esfínteres, para o diagnóstico de infecção urinária (IU), em alternativa aos métodos invasivos cateterismo vesical/punção suprapúbica (CV/PV).

Objetivo: Identificar evidências científicas da precisão do Clean-Catch para o diagnóstico de infecção urinária em lactentes.

Métodos: Revisão sistemática baseada nas diretrizes do Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011) de estudos comparando taxas de contaminação urinária/precisão do diagnóstico entre CCU e CV/PV, selecionados nas bases eletrônicas PUBMED, EBSCO, Web of Science e Scielo, publicados entre 2000-2017 e seguindo critérios de inclusão/exclusão estabelecidos. Dois pesquisadores avaliaram a qualidade dos estudos.

Resultados: De 297 estudos iniciais, incluíram-se dois RCTs que preencheram os critérios de inclusão. No primeiro estudo (Labrosse, Levy, Autmizguine & Gravel, 2016) verificaram-se taxas de contaminação do grupo CCU de 16% versus 6% nas CV/PV, enquanto no segundo (Herreros et al., 2015) apuraram-se 5% versus 8% para CCU e CV respetivamente.

Conclusões: Precisa ser confirmada a precisão do clean-catch para a prática de enfermagem, dado o reduzido número de estudos com qualidade metodológica que utilizem esta técnica.

Palavras-chave: infecções urinárias; urinálise; lactente; cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Introduction: Urine collection in children should respect efficacy and child safety, considering child/family satisfaction and the quality of nursing care. Clean-Catch (CCU) has been described as a non-invasive, safe and quick urine collection method used in children lacking sphincter control, for Urinary Tract infections (UTI) diagnosis in alternative to invasive methods such as urethral catheterization/suprapubic aspiration (UC/SPA).

Objective: To identify scientific evidence of the accuracy of clean-catch for the diagnosis of urinary infection in neonates.

Methods: A systematic review was conducted based on Cochrane Handbook guidelines (Higgins & Green, 2011) of studies comparing urine contamination rates/ accuracy diagnosis between clean-catch and UC/SPA. Selected studies in PUBMED, EBSCO, Web of Science and Scielo databases, published between 2000 and 2017, according to previously established inclusion/exclusion criteria. Two researchers evaluated the studies' quality.

Results: In a total of 297 studies, two RCTs were included that met inclusion criteria. In the first study (Labrosse, Autmizguine & Gravel, 2016) it was verified that the contamination rates of the CCU group were 16% versus 6% for UC/SPA, whereas in the second study (Herreros et al., 2015) it was 5% versus 8% for CCU and UC respectively.

Conclusions: The accuracy of clean-catch for nursing practice needs to be confirmed, given the small number of studies with methodological quality that use this technique.

Keywords: urinary tract infections; urinalysis; infant; nursing care

RESUMEN

Introducción: La recolección de orina en niños debe respetar la seguridad teniendo en cuenta la satisfacción del niño/familia y la calidad de la atención de enfermería. Clean-Catch (CCU) es un método no invasivo, seguro y rápido de recolección de orina utilizado en niños sin control del esfínter, para el diagnóstico de infecciones urinarias (IU) como una alternativa a métodos invasivos como cateterismo vesical/aspiración suprapúbica (CV/ASP).

Objetivo: Identificar evidencia científica de la precisión de Clean-Catch para el diagnóstico de infección urinaria en neonatos.

Métodos: Revisión sistemática basada en el Manual Cochrane (Higgins & Green, 2011) de estudios que compararon las tasas de contaminación urinaria/precisión diagnóstica entre la CCU y CV/ASP. Seleccionados estudios en PUBMED, EBSCO, Web of Science y Scielo, publicados entre 2000 y 2017 y de acuerdo con criterios de inclusión/exclusión establecidos. Dos investigadores evaluaron la calidad de los estudios.

Resultados: En 297 estudios, se incluyeron dos RCTs que cumplieron con los criterios de inclusión. En el primer estudio (Labrosse, Autmizguine & Gravel, 2016) se verificó que las tasas de contaminación del grupo CCU fueron de 16% versus 6% para CV/ASP, mientras que en el segundo estudio (Herreros et al., 2015) fue de 5% versus 8% para CCU y CV respectivamente.

Conclusiones: La precisión de Clean-Catch para la práctica de enfermería debe ser confirmada, dado el pequeño número de estudios con calidad metodológica que utilizan esta técnica.

Palabras Clave: infecciones urinarias; urinálisis; lactante; atención de enfermería

INTRODUCTION

Urinary tract infection (UTI) is a common pathology in childhood, so when it is suspected, its correct diagnosis is important and must be rapid. UTIs are the most common cause of serious bacterial infections in febrile infants and those with other non-specific symptomatology. Accurate and timely diagnosis of these infections is important for determining appropriate treatment and preventing long-term complications such as renal scarring or other renal disease. It is the responsibility of the nursing team to rigorously implement the urine collection technique best suited to the child's age/development and the approach that respects both the child and family emotions.

These actions ensure safe care, promotes the well-being and the health of the child, family and community, minimizing or eliminating painful experiences (OE, 2015). The primary goal is to ensure contamination-free urine samples that allow for rapid diagnosis but also provide the least traumatic experience.

The right to the best care and the defense of the best interest of the child are reflected in the Convention on the Rights of the Child, and reiterated in point 4 of children's rights in hospital, which states that "... physical or emotional aggressions and pain must be kept to a minimum possible" (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

1. THEORETICAL FRAMEWORK

The prevalence of paediatric UTI varies by age, race/ethnicity and sex and the incidence is varied reporting different clinical settings. It is at least 2% in boys and 8% in girls in the first 6 years of life, but 1% of boys and 0,8% of girls having had a UTI before reaching 2 years of age. So, excluding the first 12 months of life, girls are more likely to be diagnosed with a UTI (DGS, 2012).

Because children with UTI often do not present the same characteristic signs and symptoms seen in the adult population, the diagnosis of UTI is made based on medical history and exam findings and confirmed with appropriately collected urine samples, that varies according to the child's age / development (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007).

In pediatric hospital contexts the collection of urine samples for analysis is a common procedure and it is assumed as an interdependent nursing intervention, prescribed by doctors but with responsibility for technical implementation by nurses in most of the techniques, except for supra-pubic aspiration, which is the doctor's technical responsibility.

There is still some controversy regarding the most appropriate procedure for the diagnosis of UTI in young children (newborn/infant) who do not yet have sphincter control. In Portugal, in this age or developmental group it is performed using, as first option, a taped sterile bag. If a bag specimen is negative, this can be used to exclude UTI, without the need for confirmatory culture. However positive urinalysis tests from bag specimen warrant further investigation (DGS, 2012). There is still no consensus regarding the period of permanence of the bag, free from contamination. Some studies have concluded that keeping the bag up to 60 minutes does not increase the false positive (Cordeiro, 2012; Santos, 2011), however, standards of the general health department of Portugal recommend the bag replacing after 30 minutes (DGS, 2012).

Older children can provide a clean-catch midstream urine specimen, but unfortunately, this type of urine sample is not possible to obtain in newborn/infants. So, in these cases, to confirm UTI, the most commonly technique used is urethral/bladder catheterization (UC) or suprapubic aspiration (SPA) (Ouellet-Pelletier, Guimont, Gautier & Gravel, 2014; Chang S.L., Shortliffe L.D., (2006)). Both of these methods are supposed to be invasive and each has benefits and limitations. Despite several studies (Chu, Wong, Luk & Wong, 2002) show that the best way for a sterile urine sample collection is SPA, because of the lower rating of contamination, the success of this technic needs experience skills and expertise and the main limitation is the associated pain and the subsequent adverse neurodevelopmental consequences in the newborn (Badiee, Sadeghnia & Zarean, 2014).

Recently, a noninvasive method of urine collection has been used in children lacking sphincter control, called clean-catch (CCU), comparable to the midstream urine method used in older children (Herreros et al., 2015). This technique consists on the combination of oral intake, aseptic genital hygiene and mild supra-pubic and para-vertebral stimulation, followed by midstream urine collection to a sterilized container. The technique involves the application of dry and soft strokes in the suprapubic abdominal region at a frequency of 100/ minutes for 30 seconds followed by circular massages in the lumbar para-vertebral region for 30 seconds. These tactics are repeated until urine is obtained within a maximum of 5 minutes (Herreros et al., 2015; Labrosse, Levy, Autmizguine & Gravel, 2016). The adoption of this technique implies a scientific evidence analysis, so this study aims to analyze scientific evidence of the accuracy of the method of aseptic urine collection through the clean-catch technique for the diagnosis of urinary tract infection in newborn / infants lacking sphincter control.

2. METHODS

A systematic review was conducted and the research question was formulated using the PI[C]O[D] matrix (Problem, Intervention, Comparison, Outcomes and Design), resulting in the following: "Is clean-catch urine sample collection as accurate as the suprapubic aspiration/urethral catheterization method for diagnosing urinary tract infection in newborns and infants"?

The research was based on the Cochrane Database of Systematic Reviews methodology (Higgins, & Green, 2011) and was carried out in the databases PubMed, B-ON, EBSCOhost, Web of Science and SciELO, using the search terms and Medical Subject Headings

(MeSH) "Urine specimen collection", "Infant", "newborn" in conjunction with Boolean operators "and" "or", in full texts published in Portuguese, French, English and Spanish languages, published between January, 2000 and June, 2017.

2.1 Eligibility criteria

The eligibility criteria were determined by the research question, only including studies carried out with children without sphincter control, who performed urine sample collection using the clean-catch method and studies comparing CCU with urethral catheterization or supra-pubic aspiration, measuring the contamination rates. Experimental, quasi-experimental studies and systematic reviews were included. The study selection process is shown in Table 1.

Table 1- Study selection process

Descriptors	Limited period	Limited language	Data bases	Starting results	Results after reject duplicates
#urine specimen collection AND #infant OR #infant, #newborn	January 2000 to June 2017	French	EBSCOhost	46	36
		Portuguese	B-ON	194	116
			SciELO	0	0
		English	PubMed	99	99
		Spanish	Web of Science	46	46
Total				385	297

After this process 297 studies were identified and analyzed through relevance test I, resulting in the inclusion of 28 studies to which the relevance test II was applied. 13 studies were included for analysis of methodological quality, through the critical evaluation screen of an article describing a prospective, randomized and controlled clinical trial (RCT), from the Oxford evidence-based studies center (Roque, Bugalho & Carneiro (2007). These analyze was performed by two independent researchers.

According to the accepted recommendations and considering that the methodological quality is accepted as good above 75% Bugalho & Carneiro (2004), only 2 Randomized Controlled Trials (RCTs) were included in this systematic review, with a level of recommendation A and evidence level 1b (Pereira & Bachion, 2006).

3. RESULTS

The results are presented through a descriptive synthesis of the main quality aspects of each study (Table 2 and 3). The study by Labrosse et al., (2016) sought to compare urine culture results between clean-catch urine (CCU) method and invasive catheterization (urethral catheterization or suprapubic aspiration) and also analyze predictive factors for the success of urine collection by CCU. Children were randomized to perform urine collection using CCU and whenever the urine summary analysis was positive, need to prescribe antibiotics or failure to obtain urine by CCU method, they used the invasive method, which happened in 11 children. The contamination rates were low in both methods, 16% for CCU and 6% for urethral catheterization or suprapubic aspiration (Table 2).

Table 2 - Description and research evidence of Labrosse, Levy, Autmizguine & Gravel (2016) study

Methods	Prospective cohort study comparing the number of contaminated specimens of urine samples using bladder stimulation technique (clean-catch urine method) and invasive techniques (urethral catheterization or suprapubic aspiration), performed after, in the same infants, if positive urinalysis. Analysis the success of clean-catch (CCU) between 4 predictive factors (age, sex, low oral intake, and recent voiding)
Participants	126 infants with less than 6 months (64 boys) with an average age of 55 days needing a urine sample for culture and/or analysis requested for urinary tract infection diagnosis.
Interventions	A CCU sample was collected using bladder stimulation technique by trained research nurses. The technique involves a combination of fluid intake (infants are fed during 20-minutes), genital cleaning and noninvasive bladder stimulation maneuvers for a maximum of 300 seconds. After, infants were held under their arms by a parent, legs dangling in males and hip flexed in females. To allow comparison for bacterial contamination, an invasive method was performed after CCU procedures in one of these situations: (1) positive urinalysis by test strips, (2) decision to prescribe antibiotics, or (3) unsuccessful CCU sampling.
Results	A total of 66 (52%) infants provided a urine sample within 5 minutes (average = 45 seconds) after stimulation procedure. CCU was successful in 61%. Age group (less than 89 days) was a strong predictor of success ($P < .001$) Sex and low oral intake were not. Eleven participants provided both CCU and invasive samples for culture. Among those, seven had concordant culture results, including four with the same bacteria. The remaining culture showed discrepancies between contaminated and negative culture results. In the all sample UTI was present in 11 children (9%) The contamination proportion was 16% (9 of 57) in CCU group, compared with 6% (4 of 62) in the invasive method group. Proportion of male patients in the contaminated CCU sample group seemed lower than in the uncontaminated group (3 of 9 [33%] and 32 of 48 [67%], respectively).
Conclusions	Clean-Catch technique is classified as a quick and effective way of obtaining urine samples in infants, especially for those aged less than 90 days. The contamination proportion of CCU specimens was comparable to contamination reported in the literature for urethral catheterization. Studies considered that even possible adverse events related to invasive methods, CCU procedure could be a good alternative to invasive methods in some circumstances.
Practice Implications	<i>Clean-catch</i> technique seems to be an interesting noninvasive method that could be used, instead of invasive methods, for UTI diagnosis. Contamination proportions were similar to those reported in the literature for urethral catheterization.
Evidence level	As a Randomized controlled Trial the study (RCT) is a recommendation A, evidence level 1b.

In the Herreros et al. (2015) study, authors compared the results of urine obtained by the clean-catch method and urethral catheterization. Children were randomized to both urine collections, using the non-invasive clean-catch method and the invasive method of catheterization. The study shows low levels of contamination in both methods, with 5% and 8% respectively. Authors consider that the results of sensitivity and specificity (97% and 89% respectively) of urine cultures obtained by clean-catch show low contamination rates (Herreros et al., 2015) (Table 3).

Table 3 - Description and research evidence of the Herreros et al (2015) study

Methods	Cross-sectional study with two matched samples of urine, obtained using CCU stimulation technique and urethral catheterization in infants with less than 90 days with a suspected UTI. For CCU they used three steps: encouraging oral intake, a genital cleaning protocol and stimulation of voiding (suprapubic and lumbosacral percussion). Catheterization was considered to be the gold standard for urine culture-collection. Sensitivity and specificity of CCU was calculated compared with the gold standard.
Participants	60 infants with less than 90 days, mean age of 44 days. Forty-two (70%) were male (all uncircumcised), admitted because of fever without a source and 120 matched samples were obtained.
Interventions	Compare the accuracy of CCU in infants, with urine collected using catheterization for UTI diagnosis. Urine was immediately sent to the laboratory
Results	The culture results from CCU samples included 37 positive (62%), 20 negative (33%) and three contaminated (5%). The results from catheterization samples included 34 positive (57%), 21 negative (35%) and five contaminated (8%). The CCU resulted in two false-positive (10%) and one false-negative (7%), corresponding to a sensitivity of 97%. Specificity was 89%. The prevalence of UTIs was 63% and Clean-catch and catheterization founded the same bacteria in 32 patients. The post-test probability of having a UTI if the CCU culture was positive was 94%.
Conclusions	Sensitivity and specificity of cultures from CCU was accurate and presented low contamination rates. These suggest that this noninvasive technique is a safe, valuable alternative method for the diagnosis of UTIs in infants less than 90 days.
Practice implications	The contamination rates using CCU were lower than those obtained by the urethral catheterization, so this technique is a valuable and noninvasive alternative method for urinary tract infection diagnosis in children without sphincters control.
Level of evidence	As a Randomized Controlled Trial (RCT) the study is a recommendation A, level of evidence 1B.

4. DISCUSSION

Noninvasive urine collection by CCU, used for the diagnosis of UTI is a new technique in newborns and infants. Its relevance to implementation is that avoid traumatic experiences such as pain, consequences inherent in other methods (taped sterile bag, urethral catheterization and suprapubic aspiration) that had high human and material resource expenditures, high number of other means of diagnosis, parents labor abstention, risk of contracting other infections due to the high waiting time in the emergency department, delays of diagnosis and associated comorbidities (Badiiee, Sadeghnia & Zarean, 2014; El-Naggar, Yiu, Mohamed, Shah, Manley, McNamara, et al 2010). So, the importance to identify others safe, quick and effective technics to obtain a midstream urine sample in children not able to co-operate (Herreros, 2013).

In this systematic review, the contamination proportion for CCU specimens was lower in the study of Herreros et al (2015) or comparable to what is reported in the literature for specimens obtained by standard methods. In this case, because the use of urethral catheterization is an invasive method, that could be associated with adverse events in up to 20% of children (Ouellet-Pelletier, Guimont, Gauthier & Gravel, 2014). In this way, authors suggest the noninvasive CCU procedure in children up to 6 months of age with good general status, to exclude the diagnosis of UTI, and in children who require a summary urine analysis, in detriment of the taped sterile bag that is more time and resources consuming.

Labrosse, Levy, Autmizguine & Gravel (2016) found also that the bladder stimulation technique to obtain CCU was effective in 61% infants with less than 90 days, with an average time of 45 seconds. They found that age below 90 days was a strong predictor for this new technique. Only two previous studies (Herreros, Tagarro, García-Pose, Sánchez, Cañete & Gili, 2015; Chu, Wong, Luk, Wong, 2002) evaluated the effectiveness of the standardized CCU procedure but the sample was limited to infants aged below 30 days. In those studies, success proportions for CCU were 86% and 78%, respectively. Labrosse et al., referred that a possible explanation for the slightly lower difference to those previous studies, was that they did not exclude children with low oral intake. Other studies (El-Naggar, Yiu, Mohamed, Shah, Manley, McNamara, et al, 2010; Altuntas, Tayfur, Kocak, Razi, Akkurt, 2015) compared urine samples collecting using midstream urine, urethral catheterization and suprapubic aspiration and reported high results for sensitivity and specificity, however Herreros et al., stated that studies are highly heterogeneous because they include a wide spectrum of patients and little standardization in samples collection.

However, authors point out some limitations in this study, such as the small samples, with prevalence for males and inclusion of children with a strong suspicion of UTI.

Other studies published recently, after the study that supported this paper, obtained different results from those found and included in this review. This is the case of the paired-comparative study by Altuntas & Alan (2019), carried out with 90 children between 2 and 28 days of life who met the established inclusion criteria. The study aimed to compare the contamination rates of catheter specimen urine (CSU) and midstream clean-catch technique by a lumbar/sacral stimulation in newborns. From each newborn was obtained a urine sample by the two methods, with an interval of 3 hours between them and after feeding and perineal washing. The results were consistent in 61 newborns, including confirmation of urinary tract infection in thirteen of them,

with the development of the same bacteria. However, the percentage of contamination rates was 10% in samples collected by urinary catheterization, against 26.6% in those obtained by midstream clean-catch, with no significant differences between genders. The agreement rate between the two urine collection methods was 74.4%. The authors suggest that the difference in these results with other published studies were caused by differences in study design, study population, and different cutoff values defined.

CONCLUSIONS

The nurse in performing the urine collection, avoids contamination and ensures as a superior goal in the interdependent nursing care, the rapid and effective diagnosis of a urinary tract infection to guarantee your quick treatment. Therapeutic intentionality is not only related to the technical, but also in the child and family approach, since it uses support resources to reduce any traumas that the procedures entail, providing an advanced level of care, with safety, competence and satisfaction for the child and their families.

So, it is important training nursing teams for this noninvasive midstream CCU technique, given its quickness, safety and effectiveness.

This systematic review allowed us to identify the pertinence of this non-invasive technique to urine collection in non-toilet-trained children in the interdependent nursing care, and due the encouraging results in rates of contamination and effectiveness. However, more research need to be performed to confirm the scientific evidence of the method for the diagnosis of urinary tract infection, given the inconsistent results of the studies, mainly related to the differences in study designs, characteristics of the population and in the sample size and clinical cutoff values defined.

REFERENCES

- Altuntas N., Tayfur A.C., Kocak M., Razi H.C., & Akkurt S. (2015). Midstream clean-catch urine collection in newborns: a randomized controlled study. *Eur J Pediatr*, 174(5), 577–582.
- Altuntas N., & Alan B. (2019). Midstream Clean-Catch Urine Culture Obtained by Stimulation Technique versus Catheter Specimen Urine Culture for Urinary Tract Infections in Newborns: A Paired Comparison of Urine Collection Methods. *Med Princ Pract*. DOI: 10.1159/000504443. Retrieved from <https://doi.org/10.1159/000504443>
- Badiee, Z., Sadeghnia, A., & Zarean, N. (2014). Suprapubic Bladder Aspiration or Urethral Catheterization: Which is More Painful in Uncircumcised Male Newborns?. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(9), 1125–1130.
- Carneiro, A.V. (2008). Como avaliar a investigação clínica. O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. *GE - Jornal Português de Gastrenterologia*, 15, 30-36.
- Chang, S.L., & Shortliffe, L.D., (2006). Pediatric Urinary Tract Infections. *Pediatr Clin N Am*, 53(3),379– 400. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031395506000277?via%3Dihub>
- Chu, R. W., Wong, Y. C., Luk, S. H., & Wong, S. N. (2002). Comparing suprapubic urine aspiration under real-time ultrasound guidance with conventional blind aspiration. *Acta Paediatr*, 91, 512–6.
- Cordeiro, M.P. (2012). Colheita asséptica de urina em crianças até aos 36 meses de idade. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1742>
- Direção-Geral da Saúde. *Diagnóstico e tratamento da infeção do trato urinário em idade pediátrica*. (2012); Lisboa: DGS. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-dadgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082012-de-16122012.aspx>
- El-Naggar, W., Yiu, A., Mohamed, A., Shah, V., Manley, J., McNamara, P., & et al. (2010). Comparison of pain during two methods of urine collection in preterm infants. *Pediatrics*, 125, 1224–9.
- Herreros, M. L., González, N. M., García, A. T., Beatriz Pérez Seoane, B. P., Martinez, M. S., Abad, M. T. C, & Garcia-Pose, A. (2013). A new technique for fast and safe collection of urine in newborns. *Arch Dis Child*, 98, 27–29. DOI:10.1136/archdischild-2012-301872
- Herreros, M. L., Tagarro, A., García-Pose, A., Sánchez, A., Cañete, A., & Gili, P. (2015). Accuracy of a new clean-catch technique for diagnosis of urinary tract infection in infants younger than 90 days of age. *Paediatr Child Health*, 20(6), e30-e3. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578477/>
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration. Retrieved from www.Cochrane-handbook.org
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª ed.). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCENFERMEIROESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Labrosse, M., Levy, A., Autmizguine, J., & Gravel, J. (2016). Evaluation of a new strategy for clean-catch urine in infants. *Pediatrics*. 138(3), DOI: 10.1542/peds.2016-0573

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK) (2007). *Urinary Tract Infection in Children: Diagnosis, Treatment and Long-term Management*. London: RCOG Press. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK50606>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ouellet-Pelletier, J., Guimont, C., Gauthier, M., & Gravel, J. (2014). Adverse events following diagnostic urethral catheterization in the pediatric emergency department. *Paediatr Child Health*, 19(6), 18.

Pereira, Â., & Bachion, M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491. Retrieved from <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>

Santos, C. A. S. L. (2011). Colheita asséptica de urina em crianças até aos 36 meses de idade (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/1488>

Millenium, 2(ed espec nº5), 177-184.

pt

RESILIÊNCIA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: PERCEÇÃO DOS PAIS
RESILIENCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS: PERCEPTION OF PARENTS
RESILIENCIA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES: PERCEPCIÓN DE LOS PADRES

Manuela Ferreira¹
Graça Aparício¹
Ernestina Silva¹
Sofia Campos¹
João Duarte¹
Odete Amaral¹

¹ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CI&DETS, Viseu, Portugal.

Manuela Ferreira - mmcferreira@gmail.com | Graça Aparício - gaparicio5@hotmail.com | Ernestina Silva - ernestinabatoca@sapo.pt |
Sofia Campos - sofiamargaridacampos@gmail.com | João Duarte - duarte.johnny@gmail.com | Odete Amaral - mopamaral@gmail.com



Autor Correspondente

Manuela Ferreira

Escola Superior de Saúde

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 VISEU

mmcferreira@gmail.com

RECEBIDO: 07 de junho de 2019

ACEITE: 05 de setembro de 2019

RESUMO

Introdução: A parentalidade tem vindo a assumir um papel central nos temas de saúde, pelas implicações que pode ter não só na saúde e bem-estar dos progenitores, mas sobretudo ao nível do saudável desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança e do adolescente.

Objetivos: Analisar a perceção dos pais relativamente à resiliência das crianças e adolescentes.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo e correlacional que envolveu uma amostra por conveniência não probabilística de 592 pais. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e a subescala Internal Assets do questionário Healthy Kids Resilience Assessment Module (versão 6.0), adaptada para a população portuguesa por Martins (2005). É uma subescala tipo Likert constituída por 18 itens classificada em 4 pontos correspondentes às seguintes seis dimensões: Cooperação e Comunicação; Autoeficácia; Empatia; Resolução de Problemas; Autoconsciência e Metas e Aspirações.

Resultados: Ao analisar as dimensões da resiliência e o fator global de resiliência das crianças/adolescentes entendidos pelos pais, constata-se que a maior média corresponde à dimensão metas e aspirações ($M = 77.06 \pm 21.75$) e a menor refere-se à dimensão da autoeficácia ($M = 62.37 \pm 19.13$). O coeficiente de variação indica uma dispersão moderada quando comparado com as médias registadas.

A perceção dos pais mais jovens é de que as crianças são mais resilientes em todas as dimensões da resiliência, com diferenças significativas para a empatia, a resolução de problemas e a resiliência global.

Conclusões: A idade dos pais e a idade revelaram-se preditores da perceção dos pais sobre a resiliência dos filhos, sendo estas variáveis a considerar na promoção da parentalidade positiva e na capacidade de adaptação à adversidade para a promoção da saúde mental e prevenção do comportamento de risco em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: resiliência; perceção; pais; crianças; adolescentes

ABSTRACT

Introduction: Parenting has assumed a central role in health issues, due to the implications it may have, not only on the health and well-being of the parents, but especially on the healthy physical, cognitive and emotional development of children and adolescents.

Objectives: To analyze parents' perception of the resilience of children and adolescents.

Methods: A quantitative, descriptive and correlational study involving a non-probabilistic convenience sample of 592 parents. A sociodemographic characterization questionnaire and the Internal Assets subscale of the Healthy Kids Resilience Assessment Module (version 6.0), adapted for the Portuguese population by Martins (2005), were applied. It is a Likert subscale constituted by 18 items classified in 4 points corresponding to the following six dimensions: Cooperation and Communication; Self-efficacy; Empathy; Problem solving; Self-awareness and Goals and Aspirations.

Results: When analyzing the dimensions of resilience and the overall resilience factor of the children / adolescents as understood by the parents, it is verified that the highest average corresponds to the goals and aspirations dimension ($M = 77.06 \pm 21.75$) and that the lowest average refers to self-efficacy ($M = 62.37 \pm 19.13$). The coefficient of variation indicates a moderate dispersion when compared to the recorded averages.

The perception of younger parents is that children are more resilient in all dimensions of resilience, with significant differences for empathy, problem solving and global resilience, with these variables being considered in promoting positive parenting.

Conclusions: Parental age and age were predictors of parents' perception of their children's resilience, and these variables should be considered in the promotion of positive parenting and in the ability to adapt to adversity for the promotion of mental health and prevention of risk behavior in children and adolescents.

Keywords: resilience; perception; parents; children; adolescents

RESUMEN

Introducción: La parentalidad ha venido a asumir un papel central en los temas de salud, por las implicaciones que puede tener no sólo en la salud y el bienestar de los progenitores, sino sobre todo al nivel del sano desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño y del adolescente.

Objetivos: Analizar la percepción de los padres sobre la resiliencia de los niños y adolescentes.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional que involucró una muestra por conveniencia no probabilística de 592 padres. Se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas y subescala Internal Assets cuestionario Healthy Kids Resilience Assessment Module (versión 6.0), adaptada a la población portuguesa por Martins (2005). Es una subescala tipo Likert constituída por 18 ítems clasificada en 4 puntos correspondientes a las siguientes seis dimensiones: Cooperación y Comunicación; Auto-eficacia; Empatía; Solución de problemas; Autoconsciencia y Metas y Aspiraciones.

Resultados: Al analizar las dimensiones de la resiliencia y el factor global de resiliencia de los niños / adolescentes entendidos por los padres, se constata que la mayor media corresponde a la dimensión metas y aspiraciones ($M = 77.06 \pm 21.75$) y la menor refiere a la dimensión de la autoeficacia ($M = 62.37 \pm 19.13$). El coeficiente de variación indica una dispersión moderada cuando se compara con los promedios registrados.

La percepción de los padres más jóvenes es que los niños son más resilientes en todas las dimensiones de la resiliencia, con diferencias significativas para la empatía, la resolución de problemas y la resiliencia global siendo estas variables a considerar en la promoción de la parentalidad positiva.

Conclusiones: La edad de los padres y la edad fueron predictores de la percepción de los padres sobre la capacidad de recuperación de sus hijos, y estas variables deben considerarse en la promoción de la crianza positiva y en la capacidad de adaptarse a la adversidad para la promoción de la salud mental y la prevención del comportamiento de riesgo en niños y adolescentes.

Palabras Clave: resistencia; percepción; padres; niños; adolescentes

INTRODUÇÃO

A adaptação a contextos adversos é uma condição prioritária pela sua importância para a promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos de risco em crianças e adolescentes.

A resiliência caracteriza-se pela capacidade de adaptação positiva de uma pessoa, independentemente da idade, face a uma adversidade e contextos de experiências negativas, que potencialmente resultaria num impacto negativo (Masten & Gewirtz, 2006; Rutter, 2012). Consiste na habilidade do ser humano superar os acontecimentos stressantes da vida de forma positiva, abrangendo fatores de risco e de proteção, num processo dinâmico que considera aspetos emocionais, socioculturais, ambientais e cognitivos. A resiliência é mais do que uma componente pessoal, é um processo que tem em conta o contexto em que a pessoa se insere. Folostina et al. (2015) referem que a promoção da resiliência deve assumir-se como prioridade de todos os sistemas, particularmente os que intervêm com crianças, pela sua influência positiva no empoderamento das capacidades. Os mesmos autores acrescentam que, à medida que a criança cresce, vai adquirindo novas competências, ou seja, o controlo que anteriormente era determinado pelos pais passa progressivamente para os filhos até os mesmos chegarem à adolescência, possibilitando uma gradual afirmação pessoal, não obstante as regras sociais e parentais (Folostina et al., 2015). As crianças que vivenciam situações de stress e de risco transformam-se em pessoas mais resilientes por, precisamente nesse processo, recorrerem aos seus mecanismos internos para superarem as dificuldades, fazendo com que os seus recursos sejam mais eficazes para enfrentarem essas situações (Poletto, 2007). Contudo, o constructo de resiliência nos indivíduos é dinâmico, numa determinada fase da vida podem manifestar comportamentos de adaptação positiva aos contextos e noutras fases da vida não serem capazes de uma adaptação tão eficaz perante contextos adversos (Maia, 2014).

Para a construção/desenvolvimento da resiliência em crianças e adolescentes, a família e a comunidade constituem-se como dois elementos elementares (Maia, 2014). A parentalidade tem vindo a assumir um papel central nos temas de saúde, pelas implicações que pode ter não só na saúde e bem-estar dos progenitores, mas sobretudo ao nível do saudável desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança e do adolescente. Assenta em práticas complexas e modificáveis que vão influenciar a estruturação psíquica de cada um e a capacidade de ser resiliente perante as dificuldades da vida diária garantindo a educação e o desenvolvimento da criança. Segundo Cruz (2005, p. 13) as especificidades e a multidimensionalidade da parentalidade, define-se a partir do "(...) conjunto de ações encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade", remetendo para as seguintes funções parentais: i) Satisfação das necessidades mais básicas de sobrevivência e saúde; ii) Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível; iii) Resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares; iv) Satisfazer as necessidades de afeto, confiança e segurança; v) Satisfazer as necessidades de interação social da criança. Assim, a resiliência em crianças é influenciada pelas relações pais/filhos, pela qualidade da relação precoce pais/filhos (Cruz, 2005).

O suporte familiar, avaliações positivas e interações saudáveis com os pais, (Affi & Macmillan, 2011; Vanderbilt-Adriance & Shaw, 2008) boas relações interpessoais, professores e suporte escolar (Brooks, 2006), bem como relacionamentos e recursos da comunidade (Davies, Thind, Chandler, & Tucker, 2011) são alguns fatores externos de proteção em crianças e adolescentes. Além destes fatores, a competência pessoal constitui-se particularmente relevante para os níveis de resiliência dos indivíduos assim como a sua capacidade de autorregulação (Gardner, Dishion, & Connell, 2008). A capacidade de autorregulação exerce um efeito na adaptação à adversidade, dado que é um processo no qual os indivíduos assumem um papel na ativação, monitorização, inibição e/ou adaptação do seu comportamento, emoções e estratégias cognitivas para alcançar metas desejadas (Gestsdottir & Lerner, 2008). O ambiente familiar e a estrutura familiar, especialmente o afeto, a capacidade de resposta dos pais, as estratégias

de controlo e a exposição a modelos ajustados, possuem um impacto importante nas habilidades de autorregulação das crianças e adolescentes e, portanto, em crianças e adolescentes mais resilientes (Choe, Olson, & Sameroff, 2013; Moilanen, Shaw, & Fitzpatrick, 2010).

A evidência científica mostra que famílias mais resilientes têm crianças com maior capacidade de controlo das suas emoções e comportamentos e com um desempenho escolar e em outras áreas da vida superior (Nievar, Moske, Johnson, & Chen, 2014). Uma relação de qualidade com os pais surge como um fator protetor de elevada importância na construção da resiliência dos seus filhos, ao cuidar e dar a oportunidade de estabelecerem relacionamentos com modelos positivos (Vale Dias & Reboredo, 2011). Famílias demasiadamente concentradas nos problemas impedem os sistemas de perscrutar soluções e perceber que competências têm para dissolver os problemas por forma a torná-las mais resilientes (Dallos & Hamilton-Brown, 2000). Nesta linha, é importante reconhecer as competências perante um problema: encorajar a comunicação familiar sobre os objetivos a atingir e as soluções possíveis, pois, enquanto as pessoas se concentram nos problemas, sentem-se incompetentes e incapazes e estas atitudes são práticas educativas para as crianças.

Um estudo realizado com 107 crianças entre os 10 e 13 anos de famílias de baixo rendimento, identificaram 82% dos participantes com scores elevados de resiliência, sendo que a maioria demonstrou elevada concentração e autoestima (Garcia, Brino, & Williams, 2009). O mesmo estudo revelou ainda que algumas dessas crianças apresentavam vivência de muitos eventos adversos, problemas familiares e financeiros e, mesmo assim, não desenvolveram problemas emocionais e, ou, comportamentais e tinham bom rendimento escolar (Garcia et al., 2009). Outro estudo reforçou a evidência de crianças que são criadas em condições familiares que não são ideais (por exemplo, pobreza, violência, abuso de substâncias, dissonância familiar, doenças familiares ou pessoais), situações que podem inibir o desenvolvimento intelectual, social e emocional normal de crianças e jovens, interferindo assim no alcance do seu pleno potencial como adultos. Por outro lado, muitas crianças enfrentam essas adversidades e são justas, apesar dos desafios, e podem ser consideradas resilientes (Zolkoski & Bullock, 2012).

A perspetiva parental sobre a resiliência está relacionada com a percepção que os pais têm das habilidades dos seus filhos, podendo também relacionar-se com a sua posição social e género. Num estudo de Zolkoski e Bullock (2012) foram os pais com menos idade que perceberam de forma mais positiva a resiliência dos filhos, em quase todas as dimensões dos recursos internos de resiliência, com destaque para a autoconsciência, cooperação e comunicação e resolução de problemas. Outro estudo realizado com 393 estudantes do ensino secundário, com idades a variar entre os 14 e os 21 anos de três escolas do norte de Portugal mostrou que a resiliência era influenciada pelo ambiente familiar, escolar e a relação com os pares, contribuindo para um aumento de cooperação e comunicação, empatia, autoconsciência e autoeficácia (Dias & Cadime, 2017). O ambiente familiar foi o principal preditor de resiliência (Dias & Cadime, 2017). O mesmo estudo revelou que a resiliência se associou com o sexo feminino ($p = .004$) e com a idade, na medida que os estudantes mais novos têm melhores níveis de resiliência ($p = .001$) (Dias & Cadime, 2017).

1. MÉTODOS

Efetou-se um estudo quantitativo, descritivo e correlacional a 592 figuras parentais de um agrupamento de escolas básicas/secundárias da região centro de Portugal, com o objetivo de analisar a percepção dos pais relativamente à resiliência das crianças e adolescentes.

Solicitou-se parecer à comissão Nacional de Proteção de Dados (Ref^a 03.01, 38790 de 18/12/2017), por forma a salvaguardar os requisitos éticos. Efetuou-se posteriormente a submissão do protocolo de pesquisa à Direção Geral de Educação (DGE) (inquérito n.º 0012100017). Após aprovação do estudo, solicitou-se permissão ao Conselho Diretivo do Agrupamento Escolar e obteve-se o consentimento livre e informado dos encarregados de educação.

Realizou-se o tratamento estatístico através do Statistical Package for the Social Sciences[®] (SPSS - versão 24.0), com base na análise estatística descritiva e analítica, com recurso à análise de variância ANOVA e ao Teste-t para diferença de médias. Utilizou-se o Intervalo de Confiança (IC) a 95% (significância $p < 0,05$).

1.1 Participantes

Envolveu uma amostra por conveniência não probabilística de 592 pais (figuras parentais) com uma média de idade de 40.43 anos (± 2.58 anos), sendo que o sexo feminino representa 84,8% da amostra ($n=502$). Ainda em relação à idade e tendo em conta a classificação por grupos etários, constata-se que, no total da amostra, a percentagem mais elevada corresponde aos pais na faixa etária dos 40-41 anos (38,3%), seguindo-se os que têm idade inferior ou igual aos 39 anos (32,9%). Fazendo-se uma análise das idades por sexo, constata-se que, em ambos, a maioria situa-se na faixa etária dos 40-41 anos (sexo feminino 37,8% vs. sexo masculino 41,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das figuras parentais

Género Variáveis	Feminino		Masculino		Total		Residuais		X ²	P
	N (502)	% (84,8)	N (90)	% (15,2)	N (592)	% (100,0)	1	2		
Idade										
≤39 anos	164	32.7	31	34.4	195	32.9	-.3	.3	.555	.754
40-41 anos	190	37.8	37	41.1	227	38.3	-.6	.6		
≥42 anos	148	29.5	22	24.4	170	28.7	1.0	-1.0		
Total	502	100.0	90	100.0	592	100.0				

1.2 Instrumento de Recolha de Dados

Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica e a subescala *Internal Assets* do questionário Healthy Kids Resilience Assessment (versão 6.0), adaptada para a população portuguesa por Martins (2005). É uma subescala tipo Likert constituída por 18 itens classificada em 4 pontos (1 = Nada Verdadeiro, 2 = Pouco Verdadeiro, 3 = Bastante Verdadeiro e 4 = Tudo Verdadeiro) correspondentes às seguintes seis dimensões: Cooperação e Comunicação; Autoeficácia; Empatia; Resolução de Problemas; Autoconsciência e Metas e aspirações.

2. RESULTADOS

Da análise efetuada às seis dimensões da resiliência e ao fator global das crianças/adolescentes percecionadas pelos pais, constata-se que a média mais elevada corresponde à dimensão Metas e Aspirações ($M=77.06\pm 21.75$) seguida da Resolução de Problemas ($M=72.11\pm 21.05$) e da Empatia ($M=71.55\pm 18.07$). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às médias encontradas (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas de dispersão das seis dimensões da resiliência e do fator global das crianças/adolescentes, percecionadas pelos seus pais

Dimensões	Min	Max	Média	Dp	CV (%)
Cooperação e comunicação	11.11	100.0	69.86	18.81	26.93
Autoeficácia	11.11	100.0	62.37	19.13	30.67
Empatia	11.11	100.0	71.55	18.07	25.26
Resolução de problemas	11.11	100.0	72.11	21.05	29.19
Autoconsciência	11.11	100.0	68.94	20.61	29.90
Metas e aspirações	.00	100.0	77.06	21.75	28.22
Fator global de resiliência	20.37	100.0	70.31	15.66	22.27

Pela análise da classificação da percepção das figuras parentais apura-se que 48.4% das mães consideraram que o seu filho é moderadamente resiliente, 26.7% percecionam o filho como muito resiliente e 24.9% consideram que o filho é pouco resiliente. Relativamente aos pais verifica-se a mesma tendência, já que 45.6% consideram o filho moderadamente resiliente e 28.9% e 25.6% muito e pouco resilientes respetivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Percepção dos pais da resiliência das crianças e adolescentes em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	P
	N (90)	% (15,2)	N (502)	% (84.8)	N (592)	% (100.0)	1	2		
Resiliência										
Pouca	23	25,6	125	24.9	148	25	.1	-.1	.279	.870
Moderada	41	45,6	243	48.4	284	48	-.5	.5		
Elevada	26	28,9	134	26.7	160	27	.4	-.4		
Total	90	100,0	502	100.0	592	100.0				

Considerando que a idade dos pais pode influenciar a sua percepção, foi efetuada esta análise, verificando-se pelo Test-T para diferença de médias, que são os pais mais novos os que percecionam melhor a resiliência dos seus filhos, com valores médios mais elevados em todas as dimensões, mas apenas com diferenças estatisticamente significativas na empatia ($p=.036$), na resolução de problemas ($p=.001$) e na resiliência total ($p=.047$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Teste T de Student para a diferença nas percepções em função da idade

Idade	≥41 anos		<41 anos		t	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Cooperação e comunicação	68.64	19.19	71.07	18.35	-1.570	.117
Autoeficácia	61.24	17.57	63.50	20.55	-1.439	.151
Empatia	69.99	18.42	73.10	17.60	-2.100	.036
Resolução de problemas	69.32	20.74	74.91	21.02	-3.258	.001
Autoconsciência	68.31	20.70	69.56	20.54	-.740	.460
Metas e aspirações	76.73	21.79	77.40	21.72	-.375	.708
Fator global de resiliência	69.04	15.32	71.59	15.92	-1.987	.047

Da análise da percepção face ao sexo dos pais, apura-se que são os do sexo masculino que, na globalidade, apresentam valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões da resiliência, sugerindo que são estes que têm uma percepção mais elevada da resiliência dos filhos, com exceção da dimensão metas e aspirações e no total da resiliência, onde pontuaram mais as mães. Todavia, sem diferenças estatisticamente significativas (Tabela 5).

Tabela 5 - Percepção da resiliência das crianças e adolescentes pelos pais em função do sexo

Sexo	Homens		Mulheres		Total		Residuais		X ²	P
	N	%	n	%	n	%	1	2		
Variáveis	(90)	(15,2)	(502)	(84,8)	(592)	(100,0)				
Resiliência										
Pouca	23	25.6	125	24.9	148	25	.1	-.1	.279	.870
Moderada	41	45.6	243	48.4	284	48	-.5	.5		
Elevada	26	28.9	134	26.7	160	27	.4	-.4		
Total	90	100.0	502	100.0	592	100.0				

3. DISCUSSÃO

A resiliência tem sido definida de forma variada na literatura e a resiliência familiar é um constructo relativamente recente que descreve como as famílias se adaptam ao stress e recuperam da adversidade (Mullin & Arce, 2008). Assim, as famílias mais resilientes são as que, perante situações adversas, demonstram flexibilidade na capacidade de adaptação com resultados produtivos para o seu bem-estar, têm uma atitude e um desenvolvimento positivo da família e seus elementos (Hawley & De Haan, 1996). A família assume funções parentais básicas como o apoiar o crescimento e desenvolvimento da criança, a socialização e a autonomia, possuindo a capacidade de nutrir, guiar e controlar (Relvas, 2003). A investigação tem identificado processos que proporcionam à família o sentimento de empoderamento para enfrentar a adversidade: coesão familiar, crenças familiares positivas/saudáveis (especificamente, a espiritualidade, a esperança, o otimismo, a concentração nas forças e a aceitação dos desafios) e ação para controlar o próprio destino (Mullin & Arce, 2008; Bhana & Bachoo, 2011). Neste sentido, resiliência é a:

capacidade de responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios e circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio dinâmico durante e após os embates – uma característica de personalidade que, ativada e desenvolvida, possibilita ao indivíduos desenvolver um autoconceito, autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, ao outro e à realidade subjacente. (Tavares, 2001, p. 8).

Perante o que foi referido, a família é considerada como um elemento basilar para o desenvolvimento e crescimento das crianças, desempenhando um papel significativo na transmissão da cultura, valores morais, prestação de cuidados, normas de conduta e constituindo-se como o grupo social primário. Portanto, a qualidade das práticas parentais na infância constitui um ponto fulcral no desenvolvimento equilibrado e coerente da criança. Os pais são os primeiros educadores e socializadores, motivo pelo qual as suas práticas são, inevitavelmente, influenciadoras das aprendizagens e dos comportamentos dos filhos no futuro. Neste sentido, o ambiente familiar é essencial e determinante para a resiliência das crianças (Maia, 2014). Existem estudos que referem que fatores individuais e ambientais, relacionados com a escola, ambiente familiar, comunidade ou grupo de pares, contribuem para o desenvolvimento da autorregulação e da resiliência em crianças e adolescentes (Choe et al., 2013; Maia, 2014; Moilanen et al., 2010). A capacidade de autorregulação constitui-se pertinente para os níveis de resiliência das crianças e adolescentes (Gardner et al., 2008). Investigações têm referido que ambiente familiar tem um efeito superior sobre a resiliência de crianças, enquanto o ambiente escolar não apresenta poder preditivo (Dias & Cadime, 2017).

São os pais (Homens), na globalidade que apresentam valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões da resiliência, sugerindo que são estes que têm uma perceção mais elevada da resiliência dos filhos, com exceção da dimensão metas e aspirações e no total da resiliência, onde pontuaram mais as mães. Este resultado referente ao pai, parece ser consistente com alguma literatura que aponta para um maior envolvimento do pai na educação e desenvolvimento dos filhos (Hall, 2005; Lamb, 2010).

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, verificou-se serem os pais mais novos os que percecionam melhor a resiliência dos seus filhos, com valores médios mais elevados em todas as dimensões, mas apenas com diferenças estatisticamente significativas na empatia ($p=0,036$), na resolução de problemas ($p=0,001$) e na resiliência total ($p=0,047$). Estes resultados poderão ser justificados com o facto dos pais mais novos ainda não estarem tão “formatados” como os pais com mais idade, estando, provavelmente, mais despertados para os comportamentos dos filhos, o que lhes permite fazer uma maior avaliação da sua resiliência. Também no estudo de Zolkoski e Bullock (2012) foram os pais com menos idade que percecionaram de forma mais positiva a resiliência dos filhos em quase todas as dimensões dos recursos internos de resiliência, com destaque para a autoconsciência, cooperação e comunicação e resolução de problemas.

CONCLUSÕES

Os dados revelam contributos interessantes das variáveis sociodemográficas no construto em estudo. O facto de terem sido utilizadas medidas de autorresposta pode enviesar os resultados, pois ficamos dependentes da informação fornecida pelos pais que podem ser mais no sentido de perceções desejáveis e não traduzir a real perceção de resiliência. Será desejável incluir, no futuro, outro tipo de instrumentos e mais fontes de dados, tais como algumas variáveis familiares, por exemplo, a organização da família, sua qualidade relacional e história. Além disso importa salientar outra limitação metodológica associada ao tipo de amostra utilizada, que, não sendo representativa da população portuguesa, pelo seu caráter não probabilístico associado à característica transversal da recolha de informação, inviabiliza a generalização dos resultados a outras populações. Porém, tal como referimos e dada a escassez de estudos nacionais neste âmbito, considera-se que os resultados obtidos serão um importante contributo para o estudo da perceção da resiliência que os pais têm dos seus filhos.

Face aos resultados encontrados, concluímos que o conceito de resiliência, apesar de recente, é de crucial importância no estudo da adaptação à adversidade para a promoção da saúde mental e prevenção do comportamento de risco em crianças e adolescentes. O estudo da resiliência, pode, desta forma fornecer aos pais, professores e profissionais de saúde, informações sobre os recursos que podem ser mobilizados a promover resultados positivos em ambientes adversos. Tal como defendem Dias e Cadime (2017), o ambiente familiar, escolar e a relação com os pares são fatores preditores da resiliência de crianças e adolescentes, contribuindo para um aumento de cooperação e comunicação, empatia, autoconsciência e autoeficácia. O ambiente familiar é o principal preditor de resiliência. Neste sentido, relativamente à perceção dos pais, verificou-se que a maioria considera os seus filhos de moderada a muito resilientes, destacando-se as médias mais elevadas nas dimensões metas e aspirações, resolução de problemas e empatia.

No sentido de aprofundar a importância das práticas educativas parentais no desenvolvimento da criança, foram realizados diversos estudos ao longo das últimas décadas. Costa, Teixeira e Gomes (2000) procedeu a uma revisão dos estudos realizados em Portugal e Vaz Serra, Firmino e Matos citados em Costa et al., (2000) centraram os seus estudos em aspetos relacionados com a relação pais-filhos, tendo considerado o género dos pais, o género dos filhos, a relação mãe-pai e filho-progenitor, e as características individuais da criança.

Sugerimos que se aprofunde a intervenção junto das famílias capacitando-as para o empoderamento do seu ambiente para a promoção da resiliência junto das crianças e adolescentes aumentando os níveis de bem estar, de saúde mental e de relacionamento intra e interpessoal.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é financiado pelo Fundo Social Europeu, Programa Operacional CENTRO 2020 e Fundação para a Ciência e Tecnologia do Governo Português, instituições públicas que se constituem como fontes de financiamento do Projeto de Investigação MAISaúde Mental (código de identificação:CENTRO-01-0145-FEDER-023293), onde este estudo se integra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affi, T. O., & Macmillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56, 266-272.
- Bhana, A., & Bachoo, S. (2011). The determinants of family resilience among families in low- and middle-income contexts: A systematic literature review. *South African Journal of Psychology*, 41(2), 131-139.

- Brooks, J. E. (2006). Strengthening resilience in children and youths: Maximizing opportunities through the schools. *Children and Schools*, 28, 69-6. Retrieved from Doi: 10.1093/cs/28.2.69
- Choe, D. E., Olson, S. L., & Sameroff, A. J. (2013). Effects of early maternal distress and parenting on the development of children's self-regulation and externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 25, 437-453.
- Costa, F. T., Teixeira, M. A. P., & Gomes, W. B. (2000). Responsividade e exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 465-73.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Dallos, R., & Hamilton-Brown, L. (2000). Pathways to problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 375-393.
- Davies, S. L., Thind, H. R., Chandler, S. D., & Tucker, J. A. (2011). Enhancing resilience among young people: The role of communities and asset-building approaches to intervention. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 22, 402-440.
- Dias, P., & Cadime, I. (2017). Protective factors and resilience in adolescents: The mediating role of self-regulation. *Psicologia Educativa*, 23, 37-43.
- Folostina, R., Tudorache, L., Michel, T., Erzsebet, B., Agheana, V., & Hocaoglu, H. (2015). Using play and drama in developing resilience in children at risk. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 197, 2362-2368. Doi: 10.1016/j.sbspro.2015.07.283
- Garcia, S. C., Brino, R. F., & Williams, L. C. A. (2009). Risco e resiliência em escolares: Um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. *Psicologia da Educação*, 28, 23-50. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000100003&lng=pt&nrm=iso
- Gardner, T., Dishion, T., & Connell, A. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 273-284. Doi: 10.1007/s10802-007-9176-6
- Gestsdottir, S., & Lerner, R. M. (2008). Positive development in adolescence: The development and role of intentional self regulation. *Human Development*, 51, 202-224.
- Hall, S. (2005). Change in paternal involvement from 1977 to 1997: A cohort analysis. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 34, 127-139.
- Hawley, D. R., & De Haan, L. (1996). Towards a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
- Lamb, M. (Ed.). (2010). *The role of the father in child development* (5th Ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Maia, A. E. D. (2014). *Atitudes educativas parentais, resiliência e rendimento académico do adolescente: Análise de relações e contributo de variáveis demográficas*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/43572797.pdf>
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Resiliência no desenvolvimento: A importância da primeira infância. In R. E. Tremblay, M. Boivin, & R. D. Peters (Eds.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância*. Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/resiliencia/segundo-especialistas/resiliencia-no-desenvolvimento-importancia-da-primeira-infancia>
- Moilanen, K., Shaw, D. S., & Fitzpatrick, A. (2010). Self-regulation in early adolescence: Relations with mother-son relationship quality and maternal regulatory support and antagonism. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1357-1367.
- Mullin, W. J., & Arce, M. (2008). Resilience of families living in poverty. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 424-440.
- Nievar, M. A., Moske, A. K., Johnson, D. J., & Chen, Q. (2014). Parenting practices in preschool leading to later cognitive competence: A family stress model. *Early Education and Development*, 25, 318-337.
- Poletto, M. (2007). *Contextos ecológicos de promoção de resiliência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade* (Dissertação de mestrado). Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho - Da teoria à terapia com a família* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. Doi: 10.1017/S0954579412000028. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22559117>
- Tavares J. (org). (2001). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez.
- Vale Dias, M. L., & Reboredo, A. R. (2011). L'Influence de la perception des relations parents-enfants dans le comportement antisocial. In E. Catarsi & J.-P. Pourtois (Eds.), *Education familiale et services pour l'enfance* (pp. 119-126). Firenze: Firenze, University Press.
- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2008). Protective factors and the development of resilience in the context of neighborhood disadvantage. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 887-901. Doi: 10.1007/s10802-008-9220-1
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L. M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*, 34, 2295-2303. Doi: 10.1016/j.chilyouth.2012.08.009

Millenium, 2(ed espec nº5), 185-193.

pt

GESTÃO DA DOR EM PEDIATRIA: CONTRIBUTOS PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM
PAIN MANAGEMENT IN PEDIATRICS: CONTRIBUTIONS TO THE QUALITY OF NURSING CARE
MANEJO DEL DOLOR EN PEDIATRÍA: CONTRIBUCIONES A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

*Soraia Correia*¹

*Graça Aparício*²

*Luís Condeço*³

*Maria Patrocínio Martins*¹

¹ Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Serviço de Pediatria, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UNICISA:E, Viseu, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal | Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal

Soraia Correia - soraia.barbosacorreia@gmail.com | Graça Aparício - gaparicio5@hotmail.com | Luís Condeço - luismprcondeco@gmail.com |
Maria Patrocínio Martins - mariapqm@hotmail.com |



Autor Correspondente

Soraia Correia

Centro Hospitalar Tondela Viseu – E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu - Portugal

soraia.barbosacorreia@gmail.com

RECEBIDO: 16 de julho de 2019

ACEITE: 27 fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: A adequada gestão da dor na criança constitui um indicador de qualidade dos cuidados de saúde pelo que uma prática suportada em recomendações assentes em evidências é hoje mandatória

Objetivos: Identificar critérios/standards para práticas de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem à criança na gestão da dor.

Métodos: Revisão Sistemática da Literatura (RSL), com base nas orientações do Manual Cochrane 5.1.0 de Higgins & Green (2011). Pesquisaram-se estudos nas bases de dados: Medline, Cochrane, Scielo, B-on, Lilacs, Uptodate, American Academy of Pediatrics, Proquest, World Health Organization, PubMed, nos idiomas português e inglês, publicados após 2013. Dos 726 estudos selecionados, 11 foram sujeitos ao teste de relevância II e avaliação crítica da qualidade metodológica por dois investigadores independentes, sendo selecionados e incluídos na RSL 4 estudos.

Resultados: Identificaram-se as seguintes recomendações: abordagem multidisciplinar da dor efetuando-se a sua avaliação sistemática; intervir até que a criança não apresente dor, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas; uso de lidocaína tópica em procedimentos invasivos; ajustar o algoritmo das escalas de avaliação da dor; considerar outros fatores, como idioma, etnia e fatores culturais que possam influenciar a expressão e avaliação da dor; fornecer aos pais/cuidador informações escritas sobre aconselhamento e avaliação da dor na alta da criança; obter o auto-relato das crianças sempre que possível; a formação contínua e sistemática dos enfermeiros tem impacto na valorização da dor e administração de analgésicos.

Conclusões: As recomendações obtidas definem uma linha orientadora na gestão da dor em pediatria e contribuem para implementação de práticas de excelência e melhoria da qualidade das intervenções em enfermagem/saúde.

Palavras-chave: gestão da dor; enfermagem; avaliação; criança; hospitalização; qualidade.

ABSTRACT

Introduction: Adequate pain management in children is an indicator of health care quality, so a practice based on evidence-based recommendations is now mandatory.

Objectives: Identify criteria / standards for quality practices in the provision of nursing care to children pain management.

Methods: Systematic Review (SR), based on the Cochrane Manual 5.1.0 guidelines by Higgins & Green (2011). Studies were searched in the databases Medline, Cochrane, Scielo, B-on, Lilacs, Uptodate, American Academy of Pediatrics, Proquest, World Health Organization, PubMed, in Portuguese and English, published after 2013. Of the 726 selected studies, 11 were subjected to the relevance test II and critical assessment of methodological quality by two independent researchers, 4 studies being selected and included in the RSL.

Results: The following recommendations were identified: multidisciplinary pain approach by systematically assessing; intervene until the child has no pain, using pharmacological and non-pharmacological measures; use of topical lidocaine in invasive procedures; adjust the pain assessment scales algorithm; considering other factors, such as language, ethnicity and cultural factors that may influence the expression and assessment of pain; provide parents / caregivers with written information about counselling and assessing pain at discharge; obtain children's self-reports whenever possible; the continuous and systematic training of nurses has an impact on the pain valorisation and analgesics administration.

Conclusions: The recommendations obtained define a guideline in paediatrics pain management and contribute to the implementation of excellent practices and improvement in the quality of nursing / health interventions.

Keywords: pain management; nursing; evaluation; children; hospitalization; quality

RESUMEN

Introducción: El manejo adecuado del dolor en los niños es un indicador de la calidad de la atención médica, por lo que una práctica basada en recomendaciones e evidencias es ahora obligatoria.

Objetivos: Identificar criterios / estándares para prácticas de calidad en la provisión de cuidados de enfermería a niños en el manejo del dolor.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura (RSL), basada en las directrices del Manual Cochrane 5.1.0 de Higgins & Green (2011). Se buscaron estudios en las bases de datos: Medline, Cochrane, Scielo, B-on, Lilacs, Uptodate, American Academy of Pediatrics, Proquest, Organización Mundial de la Salud, PubMed, en portugués e inglés, publicados después de 2013. De los 726 estudios seleccionados, 11 fueron sometidos a la prueba de relevancia II y evaluación crítica de la calidad metodológica por dos investigadores independientes, 4 estudios fueron seleccionados e incluidos en este RSL.

Resultados: Se identificaron las siguientes recomendaciones: enfoque multidisciplinario del dolor y evaluarlo sistemáticamente; intervenir hasta que el niño no sienta dolor, utilizando medidas farmacológicas y no farmacológicas; uso de lidocaína tópica en procedimientos invasivos; ajustar el algoritmo de escalas de evaluación del dolor; considerar otros factores, como el idioma, el origen étnico y los factores culturales que pueden influir en la expresión y evaluación del dolor; proporcionar a los padres / cuidadores información escrita sobre el asesoramiento y la evaluación del dolor al alta; obtener autoinformes de los niños siempre que sea posible; La formación continua y sistemática de las enfermeras tiene un impacto en la valorización del dolor y la administración de analgésicos.

Conclusiones: Las recomendaciones obtenidas definen una directriz en el manejo del dolor en pediatría y contribuyen a la implementación de prácticas excelentes y la mejora de la calidad de las intervenciones de enfermería / salud.

Palabras Clave: manejo del dolor; enfermeira; evaluación; niño; hospitalización; calidad

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2006), entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados em saúde com ganhos para os doentes e eficiência na utilização dos recursos.

Apesar de a qualidade em saúde não se obter apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, promover e implementar programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem constitui um importante indicador para o desenvolvimento da profissão e contribui e influencia os resultados e ganhos em saúde como um todo (Seabra, Sá & Amendoeira, 2013)

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se assim, como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e das políticas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Na prática, os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças que visem uma melhoria efectiva, de modo a oferecer cuidados de enfermagem que atendam e excedam as expectativas do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Assim, a melhoria contínua da qualidade resulta da intencionalidade na mudança, para a obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem.

Partindo da premissa de que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas, e em concreto às crianças em sofrimento, como é o caso particular das crianças com dor, tem como finalidade o seu alívio e a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados e considerando a dor como uma prioridade, no âmbito das respostas em cuidados de enfermagem de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define dor como uma “percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, 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 (International Council of Nurses, 2011).

Por seu lado, a Direcção-Geral da Saúde define dor como sendo “uma experiência pessoal, multidimensional desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos”. Reconhece ainda que a dor “acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde” (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2010).

Todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade profissional e ética de providenciar um controlo da dor efetivo e seguro durante os procedimentos dolorosos. O controlo da dor “é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças”, possibilitando a avaliação e reavaliação sistemáticas da dor o sucesso do seu controlo e permitindo, a forma como este é efetuado, avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2010).

Foi neste contexto, e considerando a antecipação e resposta efetiva às situações de dor na criança hospitalizada de extrema importância para uma prática de qualidade, que surgiu o interesse em identificar resultados em saúde sensíveis às intervenções dos enfermeiros dirigidas à criança com dor, pelo que formulámos a seguinte questão:

Quais são os critérios/standards de qualidade a implementar na prestação de cuidados de enfermagem na gestão da dor da criança hospitalizada?

Definindo-se como objetivo orientador do estudo: Identificar critérios/standards de qualidade a implementar na prestação de cuidados de enfermagem na gestão da dor na criança hospitalizada.

1. MÉTODOS

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura de acordo com os procedimentos metodológicos descritos no *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Higgins & Green, 2011).

A questão de investigação foi formulada seguindo a matriz PI[C]OD

P	Participants	Crianças hospitalizadas.
I	Interventions	Intervenções de enfermagem na gestão da dor
C	Comparisons	Não aplicável
O	Outcomes	Critérios/Standards de qualidade
D	Design	Ensaio clínico aleatório, estudos correlacionais; estudos de coorte transversal; estudos experimentais; estudos prospetivos, Estudos de revisão sistemática e revisão de peritos

Para identificação de estudos relevantes dentro dos critérios definidos foi efetuada busca nas bases de dados científicas B-ON, Google Scholar, Scielo, PUBMED, Academic Search Complete, MedicLatina, Health Technology Assessments, Nursing & Allied

Health Collection, Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCO) de estudos publicados entre 2012 e 2019 nos idiomas português, inglês e espanhol.

Utilizaram-se os descritores em língua portuguesa e inglesa “Dor”, “gestão da dor”, “cuidados de enfermagem”, “criança”, “hospitalização” e “standards de qualidade” com os operadores booleanos “and” e “or” nas seguintes formulações: (pain) AND (management) AND (measures) OR (nursing practice) AND (care) AND (quality assurance) OR (standards) AND (child) OR (Pediatrics) and (Hospitalization). Da pesquisa resultaram 726 estudos, que após uma primeira análise foram reduzidos para 159, por serem artigos repetidos, não estarem relacionados com o tema ou não estarem acessíveis em formato completo.

Pela aplicação dos testes de relevância I e II de Pereira e Bachion (2006), foram selecionados 4 estudos para avaliação crítica da qualidade metodológica efetuada por dois investigadores independentes. Após esta análise, foram incluídos na revisão sistemática 4 estudos, 2 classificados com nível de evidência A (um estudo controlado randomizado e uma revisão sistemática) e dois com nível de evidência B (Estudos do tipo transversal analítico).

2. RESULTADOS

Esta RSL identificou e incluiu quatro estudos de análise quantitativa dois de elevada e dois de moderada qualidade, que se centram na definição de boas práticas na gestão da dor em crianças hospitalizadas, dando assim resposta à questão inicialmente formulada.

Dos estudos selecionados será efetuada uma síntese narrativa dos achados que constituem o *corpus* deste estudo, reconhecidos como descrevendo resultados sensíveis às intervenções de enfermagem e que serão apresentados em tabela.

No Tabela 1 são apresentados os principais objetivos e resultados para uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade na abordagem da dor na criança hospitalizada. Os estudos, deixam claro as intervenções necessárias a práticas de qualidade na gestão da dor em crianças hospitalizadas, tendo por base os resultados encontrados e as diversas *guidelines* que os suportaram, identificando por outro lado as barreiras ou dificuldades para uma implementação efetiva de algumas reconhecidas como de média qualidade (Czarnecki et al., 2011; Lee, Yamada, Kiololo, Shorkey, & Stevens, 2014). Evidenciam também as preocupações com o tema e com a necessidade de serem implementadas medidas adequadas aos contextos específicos da prática clínica.

Tabela 1 - Desenho e resultados dos estudos incluídos

Estudo 1 - Czarnecki, M.L., Simon, K., Thompson, J.J., Armus, C.L., Hanson, T.C., Berg, K.A., Petrie, J.L., Xiang, Q., & Malin, S. (2011). Barriers to Pediatric Pain Management: A Nursing Perspective, <i>Pain Management Nursing</i> , Vol. 12, 3, 154-162.	
Métodos	Estudo transversal analítico
Participantes	272 Enfermeiros a prestar cuidados a 236 crianças hospitalizadas
Objetivos	Identificar as barreiras com impacto na gestão ideal da dor na criança e os standards para a qualidade dos cuidados de enfermagem.
Estratégias	Solicitado à equipa de enfermagem que identificasse as barreiras que pudessem interferir na gestão da dor na criança, descrevendo os <i>standards</i> considerados de qualidade para o tratamento ideal da dor.
Resultados	As barreiras identificadas foram: <ul style="list-style-type: none">- prescrições insuficientes por parte da equipa médica antes dos procedimentos;- tempo insuficiente para pré-medicação das crianças antes dos procedimentos,- baixa prioridade dada à gestão da dor por parte da equipa médica,- relutância dos pais em fazer com que a criança receba medidas farmacológicas para alívio da dor,- falta de capacidade dos enfermeiros para superar as barreiras e fazerem uma ideal gestão da dor, bem como para aplicarem as intervenções para controlo da dor na criança. Standards de qualidade dos cuidados identificados para uma gestão ideal da dor: <ul style="list-style-type: none">- avaliar sempre os sinais vitais, incluindo a dor;- intervir até a criança não ter queixas de dor, recorrendo à sua avaliação sistemática;- adequação dos opióides;- recurso a técnicas de conforto, distração e de relaxamento;- Abordagem multidisciplinar.
Conclusões	As barreiras limitam uma ideal gestão da dor na criança por parte dos enfermeiros. Os enfermeiros identificaram como prioritário o incremento de medidas farmacológicas nomeadamente opióides, mas sobretudo as não farmacológicas.

Estudo 2 - Rosenberg, R.E., Klejmont, L., Pharm, L., Gallen, M., Fuller, J., Dugan, C., Budin, W., & Olsen-Gallagher, I. (2016). Making Comfort Count: Using Quality Improvement to Promote Pediatric Procedural Pain Management. *Hospital Pediatrics*, Vol. 6, 6, 359-368.

Métodos	Estudo transversal analítico
Participantes	272 Enfermeiros a prestar cuidados a 236 crianças hospitalizadas
Objetivos	Identificar as barreiras com impacto na gestão ideal da dor na criança e os standards para a qualidade dos cuidados de enfermagem.
Estratégias	Solicitado à equipa de enfermagem que identificasse as barreiras que pudessem interferir na gestão da dor na criança, descrevendo os <i>standards</i> considerados de qualidade para o tratamento ideal da dor.
Resultados	<p>As barreiras identificadas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrições insuficientes por parte da equipa médica antes dos procedimentos; - tempo insuficiente para pré-medicação das crianças antes dos procedimentos, - baixa prioridade dada à gestão da dor por parte da equipa médica, - relutância dos pais em fazer com que a criança receba medidas farmacológicas para alívio da dor, - falta de capacidade dos enfermeiros para superar as barreiras e fazerem uma ideal gestão da dor, bem como para aplicarem as intervenções para controlo da dor na criança. <p>Standards de qualidade dos cuidados identificados para uma gestão ideal da dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - avaliar sempre os sinais vitais, incluindo a dor; - intervir até a criança não ter queixas de dor, recorrendo à sua avaliação sistemática; - adequação dos opióides; - recurso a técnicas de conforto, distração e de relaxamento; - Abordagem multidisciplinar com liderança ativa.
Conclusões	As barreiras limitam uma ideal gestão da dor na criança por parte dos enfermeiros. Os enfermeiros identificaram como prioritário aplicar medidas farmacológicas nomeadamente opióides, mas sobretudo as não farmacológicas.

Estudo 3 - Lee, G. Y. Yamada, J., Kiololo, O', Shorkey, A., & Stevens, B. (2014). Pediatric Clinical Practice Guidelines for Acute Procedural Pain: A Systematic Review. *Pediatrics*, Vol. 133, 3, 500-515.

Métodos	Revisão Sistemática da Literatura (RSL)
Participantes	Estudos datados de 2000 a 2013, com pesquisa na Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO e Scopus, incluindo uma pesquisa bibliográfica de literatura cinzenta através <i>Guidelines International Network</i> data base e o National Guideline Clearinghouse
Objetivos	Avaliar sistematicamente a qualidade das <i>guidelines</i> existentes para gestão da dor aguda em procedimentos em crianças hospitalizadas e fornecer recomendações para o seu uso
Intervenções	Revisão sistemática com busca nas bases Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, and Scopus de estudos publicados entre 2000 a 2013. Quatro investigadores avaliaram as 18 diretrizes identificadas, usando o Instrumento de Avaliação AGREE II. No geral, dos 6 domínios de avaliação, cinco tiveram uma pontuação elevada indicando a excelência das diretrizes para a prática. A triagem das <i>guidelines</i> e avaliação da qualidade metodológica foram realizadas por 2 pares de avaliadores.
Resultados	<p>Incluídas 18 <i>Guidelines</i> resultantes de 4930 artigos. Destas, 7 dirigiam-se a neonatos e 11 a crianças até aos 18 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a equipa deve utilizar as medidas de alívio da ansiedade antes dos procedimentos; - avaliação da dor em intervalos regulares; - as avaliações iniciais da dor devem ser documentadas e reavaliadas em intervalos regulares ajustando o algoritmo das escalas de avaliação da dor - a dor deve ser eliminada em recém-nascidos e crianças em todos os momentos; - considerar outros fatores que possam influenciar a expressão e a avaliação da dor (ie: idioma, etnia e fatores culturais); - informações escritas sobre o aconselhamento, fornecidas aos pais/cuidador principal na alta; - sempre que possível deve ser obtido o auto-relato das crianças como complemento da heteroavaliação; - se a criança não for capaz de avaliar a dor deve usar-se uma medida comportamental validada para avaliar a dor; - seleção das escalas de avaliação da dor de acordo com a faixa etária da criança, - prevenir a ansiedade antecipatória e processual da criança antes dos procedimentos com envolvimento da família, e medidas não farmacológicas; - o aleitamento materno deve ser incentivado durante o procedimento sempre que possível em crianças mais pequenas; - recurso a intervenções não farmacológicas (ie: método canguru para recém-nascidos) em procedimentos dolorosos ligeiros; - utilização de sacarose para dor aguda (ie: punção venosa...); - anestesia tópica para a punção venosa recolha de sangue e punção lombar também em crianças mais velhas; - recurso a intervenções psicológicas (por exemplo, distração ou hipnose), - recurso a medidas farmacológicas (por exemplo, opiáceos) para procedimentos de dor mais intensa.
Conclusões	Concluiu-se que, apesar da crescente disponibilidade de diretrizes de prática clínica para a gestão da dor em crianças, a maioria dessas diretrizes são de qualidade média, sugerindo que deve haver mais transparência e relatórios abrangentes para o processo de desenvolvimento de <i>guidelines</i> a serem aplicadas em pediatria para a gestão da dor, como garantia da qualidade das práticas.

Estudo 4 - Vincent, C.V.H. Wilkie, D.J. & Wang E. (2013). Pediatric nurses' beliefs and pain management practices: An intervention pilot. <i>West J Nurs Res.</i> 33(6): 825-45. doi: 10.1177/0193945910391681	
Métodos	Estudo controlado randomizado, com pré e pós-teste com grupo controle
Participantes	Enfermeiros e recém-nascidos
Objetivos	Avaliar a viabilidade de um programa inovador de intervenção baseado na Internet "Alívio da Dor das Crianças" (<i>Relieve Children's Pain - RCP</i>) assim como os procedimentos para a sua implementação
Intervenções	Estudo quasi-experimental com desenho pré e pós-intervenção para avaliar a fiabilidade e aceitabilidade do RCP com base em três ferramentas: O Computer Program Acceptability Scale (programa informático de formação contínua), Pain Beliefs and Practices Questionnaire (PBPQ), e a avaliação dos registos de avaliação da dor pelas equipas de enfermagem. Mediu-se a viabilidade da intervenção examinando os scores das ferramentas e o registo das práticas de controlo da dor 30 dias antes e 30 dias após a intervenção. A intervenção foi implementada tendo por base a teoria de aprendizagem experimental e reflexiva num ambiente de prática dinâmica de Kolb.
Resultados	A viabilidade do programa foi demonstrada; Os resultados pré e pós implementação do programa revelaram diferenças significativas, com as pontuações totais médias das práticas de alívio da dor na criança a melhorar significativamente assim como nas práticas simuladas de formação. Após a aplicação do protocolo, os registos revelaram que os enfermeiros administraram significativamente mais analgésicos (exceto opióides) e a intensidade da dor das crianças diminuiu significativamente.
Conclusões	Os resultados mostraram fortes evidências da viabilidade do programa RCP, com impacto significativo nas crenças, conhecimentos e práticas dos enfermeiros na gestão da dor na criança, incluindo nas medidas farmacológicas; A dor das crianças diminuiu significativamente após a intervenção.

3. DISCUSSÃO

A necessidade de implementar sistemas de qualidade é uma realidade internacional e os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e das políticas de saúde. (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2010).

Nesse processo, e quando o foco da intervenção é a inovação em saúde, o estudo de revisão sistemática da literatura permite identificar as melhores evidências disponíveis para a tomada de decisão no quotidiano dos cuidados, constituindo a prática baseada nas evidências o suporte da transformação das práticas para a qualidade dos cuidados de enfermagem (Cardoso, Trevisan, Cicolella & Waterkemper, 2019)

A problemática da gestão da dor em pediatria tem sido alvo da publicação de diversas *guidelines*, contudo, na sua implementação têm sido identificadas inúmeras barreiras que dificultam a aplicação dessas normas, tal como é afirmado em alguns dos estudos selecionados (Czarnecki et al., 2011; Rosenberg et al., 2016). Destas barreiras, todas elas com impacto na abordagem da dor, salienta-se a baixa prioridade dada ao tratamento da dor por parte da equipa médica, o que se reflete numa atuação não consensual de toda a equipa. Porém, justificações de ordem cultural ou de falta de iniciativa por parte das famílias para a utilização de analgésicos para alívio da dor, e sobretudo as crenças, a falta de tempo, de reflexão ou mesmo de informação sobre as suas vantagens, por parte das equipas de enfermagem, constituem os reais impeditivos da sua valorização e conseqüentemente de uma gestão adequada da dor na criança hospitalizada, com interferência direta na qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros neste âmbito. Os *standards* de qualidade dos cuidados para o tratamento ideal da dor, reconhecidos nos mesmos estudos, corroboram o defendido pela DGS (2010), segundo a qual é de extrema importância a sua avaliação inicial enquanto sinal vital, com recurso a instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo-se sempre em consideração o tipo de dor, a situação clínica e a idade/desenvolvimento da criança. Porém, para que isto se torne realidade, a gestão sistemática da dor em pediatria deve ser definida como norma de boa prática, devendo a sua presença e intensidade, ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. pois, tal como defendido, o sucesso das intervenções terapêuticas adotadas e mantidas até que a dor seja minimizada, dependem do conhecimento e treino, da capacidade de iniciativa e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar incluindo a família e da definição de boas práticas e sua monitorização (Rosenberg et al., 2016; Almeida, 2015; Czarnecki et al., 2011).

A avaliação da dor em lactentes e crianças pequenas sempre foi uma tarefa difícil, principalmente porque as crianças dificilmente podem expressar ou explicar a intensidade da sua dor, dificultando assim uma intervenção adequada dos enfermeiros. (Crellin, Sullivan, Babl, O'Sullivan, & Hutchinson, 2007). Além disso, conhecer a causa da dor revela-se fundamental, dado que orienta na decisão e para a definição de estratégias para o seu controlo. Ao fazer um diagnóstico tendo como foco o estado de conforto ou de dor, o enfermeiro tem o papel de avaliar principalmente os sinais fisiológicos e comportamentais relacionados com a dor/mal-estar. O principal objetivo dessa avaliação é obter informações o mais autênticas possível sobre a sua localização, intensidade e os efeitos que esta causa na criança, quer física, quer psicologicamente, o que, sempre que possível, deverá ser feito através da autoavaliação da criança (Rosenberg, et al., 2016).

Neste sentido, o estudo de Lee, Yamada, Kiololo, Shorkey, & Stevens (2014) avaliou, através de uma RSL, a qualidade das *guidelines* para a gestão da dor aguda particularmente em procedimentos, em crianças hospitalizadas, de forma a fornecer

recomendações. O estudo identifica uma sequência organizada e clara de estratégias e normas de boa prática para a gestão da dor neste âmbito, que enfatizam, para além das recomendações já referidas, o ajuste regular das ferramentas utilizadas, a importância de reconhecer fatores influenciadores da expressão e avaliação da dor pela criança, como o idioma, etnia e fatores culturais e ainda a necessidade de incluir a família através do aconselhamento e fornecimento de informações escritas, quer para o seu empoderamento, quer para a continuidade dos cuidados. A gestão diferenciada da dor tem como suporte a sua valorização, a sua avaliação e registo sistemáticos e o seu tratamento, utilizando medidas farmacológicas complementadas com medidas não farmacológicas (Lee, Yamada, Kiololo, Shorkey, & Stevens (2014)). O sucesso da estratégia terapêutica está dependente da monitorização regular da dor e de uma abordagem em todas as suas vertentes. (Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2003). Para isso, as escolhas dos instrumentos de avaliação devem atender “*ao tipo de dor, idade da pessoa, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação e experiência de utilização em outros locais*” (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2003). Neste âmbito, “*a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente*” (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2003) A mesma entidade afirma que a “*efetividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde, tendo os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde, o dever de promover políticas organizacionais para o seu controlo*”. (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2003). Avaliar as crenças dos enfermeiros pediátricos e as práticas de controlo da dor antes de iniciar qualquer programa e após um programa de intervenção, tal como descrito por Vincent, Wilkie & Wang (2011), é uma prática que revelou resultados sensíveis a uma melhoria efetiva dos cuidados de enfermagem e que vão ao encontro das expectativas do cliente, aumentando a sua satisfação, importante indicador da qualidade dos cuidados prestados. A melhoria contínua da qualidade resulta do processo, cuja intencionalidade terapêutica para a transformação das práticas tem como resultado a satisfação do cliente e a elevação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Machado, 2014).

A experiência de dor é singular na sua perceção e resposta, dado que é influenciada por fatores biológicos, cognitivos, psicológicos e socioculturais, fatores a ter em particular atenção na avaliação da dor nas crianças, tal como recomendado por Rosenberg et al (2016), porquanto, esta não poderá ser adequadamente avaliada se baseada na subjetividade, experiência individual, critérios e crenças do profissional de saúde.

Por outro lado, a criança, pelas suas características desenvolvimentais é particularmente sensível à dor e frequentemente sujeita a procedimentos dolorosos em ambiente hospitalar, sendo a dor neste caso, frequentemente acompanhada por sentimentos antecipatórios de medo e ansiedade. Assim sendo, é de extrema importância que os enfermeiros, em parceria com os pais/cuidador principal, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, para que possam intervir corretamente. (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Neste âmbito, o estudo de Rosenberg et al (2016) revelou como o incremento do indicador de utilização de anestésico tópico teve como consequência a eficácia desta prática e a satisfação da criança/pais, concluindo-se que a utilização de lidocaína tópica é uma estratégia fundamental para diminuir a dor secundária a procedimentos invasivos, mas que infelizmente nem sempre é utilizada. As justificações para a não utilização identificadas no estudo de Czarnecki, et al (2011), revelaram-se idênticas às da gestão da dor no geral, salientando-se o tempo insuficiente para pré medicar as crianças antes dos procedimentos, falta de solicitação por parte dos pais/crianças, falta de protocolos/guidelines, falhas na prescrição; não ter disponível anestésico tópico, não refletir sobre as vantagens da sua utilização e falta de informação/conhecimentos sobre o assunto. No mesmo sentido, o sucesso do programa de intervenção promovido por Rosenberg et al., (2016) centrou-se na definição de políticas interdisciplinares, criação de uma rede de “patronos” e liderança responsável e de uma equipa motivada após implementação de um programa de formação multimédia, criando assim os fundamentos teóricos para promover esta abordagem. Além disso foi considerado como primordial preparar a criança e os pais/cuidador principal para os procedimentos Rosenberg (2016) e de Lee (2014), o que se revela uma prática consistente com a filosofia de parceria de cuidados tão frequentemente utilizada em pediatria.

No mesmo sentido, a Ordem dos Enfermeiros e a DGS (2012) reforçam que a gestão da dor deve ser efetuada segundo protocolos de atuação multiprofissionais atualizados, devendo o enfermeiro prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos agrupando-os e reduzindo o seu número. Além disto, estes devem ser realizados em sala própria, num ambiente calmo e agradável, recorrendo a intervenções não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas, revelando-se estas práticas de grande eficácia se associadas a uma preparação psicológica da criança e pais/cuidador principal antes dos procedimentos, orientando-os para como devem proceder, envolvendo-os assim no apoio à criança mas nunca na sua restrição física. Nos lactentes, deve ainda considerar-se o uso de contenção facilitada, amamentação ou sacarose com sucção não nutritiva.

O reconhecimento da individualidade da dor na criança e a sua variação, quer na perceção, manifestação, quer nas respostas alcançadas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados e auxiliam a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão. Planear intervenções individualizadas de autocontrolo da dor, promove a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Assim, definir indicadores de qualidade é um dos requisitos de qualquer programa de melhoria contínua e tal como divulgado no estudo de. Czarnecki, et al (2011) esta definição descreve o desempenho esperado para determinada intervenção, comprometendo a equipa para o processo e os resultados.

CONCLUSÕES

A melhoria dos cuidados de saúde está na agenda da maioria dos sistemas de saúde. Esta RSL, permitiu identificar, critérios/standards sensíveis às intervenções dos enfermeiros dirigidas à criança com dor. Estes podem ser sintetizados em medidas aplicáveis nos diversos domínios da prestação de cuidados, salientando-se as seguintes:

- ao nível da organização dos cuidados: definição de políticas interdisciplinares com criação de protocolos/*guidelines* de boas práticas para gestão da dor, instituindo lideres para a sua monitorização e avaliação regular;
- ao nível da prática de cuidados: implementação do programa de gestão da dor, respeitando a documentação dos cuidados; aplicação das escalas de avaliação específicas para as diversas faixas etárias ou estadios neuro-desenvolvimentais pediátricos assim como, o uso em complementaridade das estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor e das medidas promotoras da parceria de cuidados com a família; defender cuidados culturalmente sensíveis neste âmbito;
- ao nível da formação/investigação: promover a atualização contínua dos enfermeiros neste âmbito, escolhendo formas motivadoras de aprendizagem, porquanto as evidências demonstram o seu significativo contributo na intencionalidade terapêutica e consequentemente na qualidade das práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V. L. B. (2015). A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/3052>
- Cardoso V., Trevisan I., Cicolella D.A., & Waterkemper R. (2019). Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-12, e20170279. DOI <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>
- Crellin, D., Sullivan, T. P., Babl, F. E., O'Sullivan, R., & Hutchinson A. (2007). Analysis of the validation of existing behavioral pain and distress scales for use in the procedural setting. *Pediatric Anesthesia*, 17(8), 720-733. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2007.02218.x
- Czarnecki, M. L., Simon, K., Thompson, J. J., Armus, C. L., Hanson, T. C., Berg, K. A., Petrie, J. L., Xiang, Q., & Malin, S. (2011). Barriers to pediatric pain management: A nursing perspective. *Pain Management Nursing*, 12(3), 154-62. DOI: 10.1016/j.pmn.2010.07.001
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Edit). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 5.1.0). Melbourne: The Cochrane Collaboration. Acedido em www.handbook.cochrane.org
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Lee, G. Y., Yamada, J., Kiololo, O., Shorkey, A., & Stevens B. (2014). Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: A systematic review. *Pediatrics*, 133(3), 500-515. DOI: 10.1542/peds-2744
- Machado, N. J. B. (2014). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: Um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. (2008). *Dor: Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Trabalhando juntos em um ou vários países*. In *Relatório Mundial de Saúde 2006* (Cap. 7, pp. 136-155). Acedido em https://www.who.int/whr/2006/06_chapter7_pr.pdf
- Pereira, A. L., & Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27(4), 491-98.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003: A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010). Norma nº 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças [Internet]. 2010 dez 16 [citado 2019 jan 5]. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142015-de-06082015.aspx>
- Rosenberg, R. E., Klejmont, L., Pharm, L., Gallen, M., Fuller, J., Dugan, C., Budin, W., & Olsen-Gallagher, I. (2016). Making comfort count: Using quality improvement to promote pediatric procedural pain management. *Hosp Pediatr.*, 6(6): 359-68. DOI: 10.1542/hpeds.2015-0240
- Seabra, P., Sá, L., & Amendoeira, J. (2013). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem com Pessoas Dependentes de Drogas. Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, Vol. 17, N.º 2, 2º Semestre, 44-58. Acedido em <http://pensarenfermagem.esel.pt/index.asp>
- Vincent, W. E., & Wilkie, D. J. (2013). Pediatric nurses' beliefs and pain management practices: An intervention pilot. *West J Nurs Res.*, 33(6), 825–45. DOI: 10.1177/0193945910391681

Millenium, 2(ed espec nº 5), 195-200.

pt

SAÚDE, FAMÍLIA E ESCOLA: SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DE FAMÍLIAS REFUGIADAS
HEALTH, FAMILY AND SCHOOL: MENTAL HEALTH OF CHILDREN FROM REFUGEE FAMILIES
SALUD, FAMILIA Y ESCUELA: SALUD MENTAL DE NIÑOS DE FAMILIAS DE REFUGIADOS

*Elsa Figueiredo*¹

*Maria do Céu Barbiéri-Figueiredo*²

*Mário Simões*³

¹ Departamento de Saúde Pública da ARSLVT, IP, Lisboa, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, NursID – CINTESIS, Porto, Portugal

³ LIMMIT, FMUL, Lisboa, Portugal

Elsa Figueiredo - elsa_figueiredo_psych@hotmail.com | Maria do Céu Barbiéri-Figueiredo - ceu@esenf.pt | Mário Simões - limmit.fml@gmail.com



Autor Correspondente

Elsa Maria Alpendrinho Pesca de Almeida Figueiredo

Administração Regional de Saúde, I. P.

Departamento de Saúde Pública

Avenida Estados Unidos da América, n.º 75, 7º

1749 - 096 Lisboa – Portugal

elsa_figueiredo_psych@hotmail.com

RECEBIDO: 11 de junho de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: A saúde mental constitui uma prioridade em saúde pública, envolvendo preocupações com a doença mental dos refugiados, importando conhecer a sua prevalência, determinantes e necessidades em saúde, para intervir evitando a sua perpetuação nas gerações futuras (Frazel, 2002; Solheim, 2016).

Objetivos: Conhecer a prevalência da doença mental nas crianças de famílias refugiadas.

Métodos: Revisão clássica da literatura com foco no estado da arte sobre a saúde mental das crianças refugiadas.

Resultados: Metade das crianças refugiadas apresenta sintomas de doença mental, como o *stress* pós-traumático, ansiedade, depressão, com prevalência e manifestações variadas, como problemas de ajustamento, cognitivos, de aprendizagem e linguagem, não relatados, tardios, cumulativos à detenção e desfavorecimento educacional, afetando uma em cada dez crianças (Graham, Minhas, Paxton, 2016).

Novas perspectivas/guidelines: A prevenção primária deverá ocorrer em contexto escolar, espaço de ligação aos pais e comunidade, de integração, inclusão, educação e, promoção do desenvolvimento infantil e emocional, como de construção da autoestima e identidade, de facilitação dos relacionamentos social e interpares e, de monitorização de comportamentos resilientes e adaptativos (Fazel & Stein, 2009; World Health Organization, 2018 a)b)).

Conclusões: Para assistir de forma integral as crianças refugiadas e suas famílias, dever-se-á fomentar a práxis holística, sistémica e transcultural do enfermeiro de família de modo a satisfazer as suas necessidades e a promover o desenvolvimento infantil e a saúde mental das crianças refugiadas, integrando para o efeito o contexto escolar, centro da rede proximal de apoio.

Implicações teóricas e práticas: Revisão da literatura, exploratória do estado da arte da saúde mental das crianças refugiadas, identificando lacunas do conhecimento científico, que a investigação esclare em benefício da práxis do enfermeiro de família.

Palavras-chave: saúde mental escolar; refugiados; enfermagem de família

ABSTRACT

Introduction: Mental health is a priority in public health. Nowadays it is important to know its prevalence in refugees health and to intervene avoiding its perpetuation in future generations. (Frazel, 2002; Solheim, 2016).

Objectives: To know the prevalence of mental illness in children from refugee families.

Methods: Classic literature review focusing on the state of the art of the mental health of refugee children.

Results: Half of the refugee children show symptoms of mental illness, such as post-traumatic stress, anxiety, depression, with a prevalence and varied manifestations, such as adjustment, cognitive, learning and language problems, unreported, late, cumulative to educational detention and disadvantage, affecting one in ten children. (Graham, Minhas, Paxton, 2016).

New perspectives/Guidelines: Primary prevention should take place in the school context, a space for connection to parents and the community, for integration, inclusion, education, and promotion of child and emotional development, such as building self-esteem and identity, facilitating social and peer relationships, and monitoring of resilient and adaptive behaviors (Fazel & Stein, 2009; World Health Organization, 2018 a)b)).

Conclusions: In order to provide comprehensive assistance to refugee children and their families, the holistic, systemic and cross-cultural praxis of the family nurse should be promoted in order to satisfy their needs and promote child development and the mental health of refugee children, integrating the school context, the center of the proximal support network.

Keywords: school mental health; refugees; family nursing

RESUMEN

Introducción: La salud mental es una prioridad de salud pública, que involucra preocupaciones sobre la salud de los refugiados, es importante conocer su prevalencia, determinantes y necesidades de salud, para intervenir evitando su perpetuación en las generaciones futuras (Frazel, 2002; Solheim, 2016).

Objetivos: Conocer la prevalencia de enfermedades mentales en niños de familias de refugiados.

Métodos: Revisión de la literatura centrada en el estado del arte en la salud mental de los niños refugiados.

Resultados: La mitad de los niños refugiados presentan síntomas de enfermedad mental, como estrés postraumático, ansiedad, depresión, con una prevalencia y manifestaciones variadas, como problemas de ajuste, cognitivos, de aprendizaje y de lenguaje, no reportados, tardíos, acumulativos a la detención y desventaja educativa, que afecta a uno de cada diez niños (Graham, Minhas & Paxton, 2016).

Nuevas perspectivas /Guidelines: La prevención primaria debe tener lugar en el contexto escolar, un espacio para conectar a los padres y la comunidad, para la integración, inclusión, educación y, promover el desarrollo infantil y emocional, así como desarrollar la autoestima y la identidad, y facilitar las relaciones sociales. y sus pares, y para monitorear comportamientos resilientes y adaptativos (Fazel & Stein, 2009; World Health Organization, 2018 a)b)).

Conclusiones: Para proporcionar asistencia integral a los niños refugiados y sus familias, se debe promover la práctica holística, sistémica e intercultural de la enfermera familiar para satisfacer sus necesidades y promover el desarrollo infantil y la salud mental de los niños, integrando el contexto escolar, el centro de la red de apoyo proximal.

Implicaciones teóricas y prácticas: Revisión de la literatura, exploración del estado del arte de la salud mental de los niños refugiados, identificación de lagunas en el conocimiento científico, que la investigación debe aclarar en beneficio de la práctica de la enfermera familiar.

Palabras Clave: salud mental escolar; refugiados; enfermería familiar

INTRODUÇÃO

A saúde mental é prioritária em saúde pública e no referente à saúde dos refugiados, metade das crianças são vítimas de trauma (Rousseau, 1995), sobretudo em idade pré-escolar (World Health Organization, 2018, b)). Este problema é potenciado pelo estigma, abusos, tráfico, pobreza, fome/desnutrição no período pré, durante e pós-migração, ainda que não vivenciados ou presenciados (Moghaddam, 2017). Apesar da vulnerabilidade ao *stress* pré, durante e pós migração, este é parte do risco para a saúde mental, em cada fase, interdependendo dos determinantes familiares de risco, a par dos fatores de *stress* sociais e de contexto e, rivalizando com a variabilidade da resposta individual (*resilience, coping*), podendo-se perpetuar nas gerações futuras. Os cuidados de enfermagem favorecem a integração biopsicossocial-cultural e o custo-efetividade, reduzindo a carga de doença e a pressão nos sistemas de saúde. Metade das crianças refugiadas manifesta sintomas de doença física e mental (World Health Organization, 2018, a)), como o *stress* pós-traumático, ansiedade e depressão (Frazel, 2002), com prevalência e manifestações variadas (perda, luto, sentimentos, emoções e sintomas inespecíficos, problemas cognitivos e de ajustamento, aprendizagem e linguagem) (Hanson-Bradley, & Wieling, 2016) não relatados, tardios, inexistentes (World Health Organization, 2018, a)), cumulativos à detenção e desfavorecimento educacional, afetando uma em cada dez crianças (Graham, Minhas, & Paxton, 2016). Embora não sejam preditores de doença mental em todos os estádios de desenvolvimento, têm diferentes impactos clínicos e na saúde pública (Goldin, 2008), em função dos sintomas clínicos, e da avaliação ser feita por pais, crianças, professores ou educadores.

Em Portugal, 20% dos adolescentes vivenciavam problemas mentais e comportamentais, ainda que pré-existent, metade, manifestando-se na idade adulta e perpetuando-se nas gerações futuras (Albuquerque, 1982). Os cuidados de enfermagem favorecem a integração biopsicossocial, cultural e religiosa, reduzem a carga de doença (DALYS e YLDS) e privilegiam o custo-efetividade do financiamento público, minimizando a pressão sobre os sistemas de saúde.

A prevenção primária deve ocorrer no contexto da escola, espaço central de ligação aos pais e comunidade, de integração, inclusão e educação, como de promoção do desenvolvimento infantil e emocional, de construção da autoestima e identidade, facilitadores dos relacionamentos social e interpares e de monitorização. (Frazel, 2002; Shallow & Whittington, 2014).

O papel do enfermeiro de família na equipa permitirá promover o acesso à educação, principal determinante da saúde, como avaliar o risco e promover a saúde, o suporte e a capacitação. Permitirá ainda propor políticas, fundos e programas ajustados às necessidades das crianças e famílias refugiadas.

1. MÉTODOS

Revisão clássica da literatura com foco no estado da arte sobre a saúde mental das crianças refugiadas.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Rousseau (1995) considera que as crianças refugiadas têm um alto risco de doença mental causada por *stressores* pré e pós-migração, referindo-se aos distúrbios emocionais como o *stress* pós-traumático, a depressão e ansiedade em idade pré-escolar, referindo-se aos fatores de risco, de proteção no contexto familiar, social e cultural, como serviços de prevenção, e programas comunitários de suporte psicossocial. De entre a sintomatologia sobressaem problemas do comportamento, de hiperatividade, de relação com os pares e de comportamento pró-social, sendo de registar os comportamentos regressivos acrescidos por Goodman & Scott (2012). Os fatores de risco e de proteção são relacionados ao contexto familiar, social e cultural das crianças refugiadas e, pós-migração pelo estilo de parentalidade (sub proteção, austeridade, inversão de papéis pais/filhos) (Bryant, et al, 2018). O papel dos serviços serve a prevenção, intervenção e implementação de programas de suporte psicossocial e comunitário. Rousseau, Measham & Nadeau (2013), propõem cuidados colaborativos nas situações traumáticas das crianças refugiadas, confirmados em bairros multiétnicos baseados num plano de tratamento e intervenção no trauma personalizado, recorrendo a terapêuticas alternativas ou clássicas como a psicoterapia, impedindo a sua evolução e propagação. Na sua perspetiva os cuidados

de saúde primários, as escolas e organizações comunitárias são estruturas privilegiadas de diagnóstico e intervenção no trauma, possibilitando constituir uma rede de suporte.

Fazel & Stein (2009), referiram-se também aos *fatores de stress* pré, durante e pós migração propondo que a prevenção primária seja em contexto escolar, pela centralidade e ligação aos pais e comunidade, como por constituir um espaço educacional de integração, preventivo e de promoção emocional e social, de construção da autoestima e da identidade, de facilitação dos relacionamentos entre pares, de monitorização de comportamentos resilientes e, controlo sobre o ambiente envolvente.

Graham, *et al.* (2016) referem que, uma em cada dez crianças refugiadas nos países de acolhimento são desfavorecidas, acabando por ter *deficits* educacionais. À semelhança de outros estudos, os autores referem que em países de acolhimento de baixo-médio rendimento o sucesso escolar passa por determinantes sociais da saúde como a pobreza. Os profissionais de saúde e educadores devem proceder à avaliação de risco, tendo em vista a criação de políticas, programas e fundos de apoio à educação e inclusão destas crianças com diferenças entre géneros, sociais, culturais, linguísticas, alimentares, religiosas e do calendário de celebrações, da forma de vestir e interagir, que se evidenciam nas brincadeiras, nas relações interpessoais, na socialização e no desenvolvimento cognitivo, psicológico e a aprendizagem. Hanson-Bradley, & Wieling (2016), propõem que se proceda à triagem e acompanhamento dos problemas de saúde mental destas famílias, identificando os fatores de *stress*, permitindo intervir sobre as determinantes, como desenvolver competências profissionais de resposta aos aspetos políticos, legais, culturais e dos direitos humanos. Propõe ainda intervenções de terapia de suporte familiar para pais com *stress* traumático, apesar da falta de evidência da sua eficácia e, a promoção de redes de suporte.

Shallow & Whittington (2014) apesar da falta de evidência, apontam também para a importância da promoção de programas escolares, envolvendo profissionais e pais, para a integração de crianças refugiadas num programa escolar Australiano. Apesar das barreiras linguísticas, culturais, financeiras e de contexto, os resultados revelaram benefícios emocionais e das relações no processo de transição e integração. Estes recomendam programas integrativos financiados, envolvendo a escola e a comunidade, de formação e aprendizagem, de prestação de serviços, visitas domiciliárias ou outros promotores de relações emocionais, culturais, linguísticas, efetivas e significativas.

• **Novas perspectivas / guidelines**

O fenómeno das migrações é cíclico na história da humanidade e surge como resposta aos perigos, eventos climáticos extremos, conflitos políticos, religiosos ou armados e, em busca de alimentos e de melhores condições de vida e subsistência.

A Organização Mundial de Saúde (2018) e autores como Moghaddam, *et al* (2017) classificam as migrações como uma emergência em saúde pública, circunstância na qual a doença mental emerge como uma prioridade pela sua prevalência e, efeitos imediatos e a longo prazo. Motivos humanitários, demográficos e socioeconómicos têm conduzido Portugal e outros países a uma política de acolhimento de imigrantes e de refugiados, maioritariamente crianças. Contudo, a imigração não permite repor os contingentes populacionais, quando as mulheres migrantes tendem a assumir padrões de fecundidade da população de acolhimento (Moghaddam *et al*, 2017). O fluxo de refugiados através das fronteiras, a diversidade de proveniências, de culturas e de situações acarretam problemas e contrastam com as políticas de aceitação e de integração, com os recursos limitados e prestação limitada de serviços e de respostas psicossociais à condição de saúde física e mental dos refugiados nos países de trânsito e acolhimento. Após deslocação forçada deparam-se ainda com experiências stressantes e traumáticas, como viver a *“incerteza presente e futura”*, *“sem casa que os acolha”*, condenados assim a uma vida suspensa entre dois mundos numa *“prisão sem paredes”* (Pussetti, *et al*,2009).

O fenómeno das migrações provoca igualmente impactos na economia dos Estados e na capacidade de produção de riqueza, condicionando a manutenção das suas funções sociais, colocando desafios de sustentabilidade e resiliência dos sistemas dos países de acolhimento. Por sua vez as determinantes sociais podem afetar negativamente o bem-estar biopsicossocial das famílias e das crianças refugiadas, já por si em risco e determinar a doença. Donde que se defende que o enfermeiro de família intervenha em contexto escolar em articulação com a comunidade escolar, intervindo sobre determinantes sociais da saúde, potenciado assim a sua intervenção biopsicossocial nas crianças de famílias refugiadas.

Implicações teóricas e práticas: A doença mental tem origem em múltiplos fatores ambientais e epigenéticos ligados à saúde infantil, materna e reprodutiva, com atenção particular aos casos de violação e exploração sexual, de gravidez precoce e/ou indesejada e aborto, que se associam a carência de cuidados perinatais e infantis e de cobertura de serviços de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários dirigidos às mulheres e crianças, determinados pela falta de serviços e de profissionais de saúde mental nos países de acolhimento em situação de crise como Portugal (cf. Santinho, 2016).

Cox, *et al.* (2018) referem que os traumas e os abusos psicológicos vivenciados pelas crianças, sobretudo desacompanhadas, sobrevêm também dos riscos acrescidos como o tráfico humano e sexual pré, durante e pós-migração. Estes incluem transtorno de ajustamento, depressão major, ansiedade generalizada e transtorno de *stress* pós-traumático, entre outras. Segundo este autor, a *American Academy of Nursing* propõe um conjunto de recomendações que vão no sentido dos enfermeiros integrarem equipas de parcerias médicas /legais capazes de proporcionar resposta pro-bono, às necessidades de saúde e legais destas crianças e famílias. Estas equipas MLPs (*Medical/Legal Partnerships*) consistem num Modelo de Enfermagem criado entre a *East*

Tennessee State University College of Nursing e o Tennessee Justice Center. Estas equipas são compostas por enfermeiros entre outros profissionais de saúde e, advogados. Em resposta às necessidades e supervisão são estabelecidas parcerias com serviços médico-legais e com enfermeiras de psiquiatria.

Na perspetiva de Linn, (2011), as enfermeiras de saúde pública e comunitária são excelentes promotoras do *empowerment* e *advocacy*. Contudo, o paradigma da enfermagem é psicossocial e orientado para família e, não ambiental. Daí que os cuidados de saúde primários devem potenciar cuidados de saúde primários prestados por “*enfermeiras de família*” focadas no sistema e na unidade familiar e na capacitação destas famílias para uma transição saudável entre os diferentes contextos, ao longo do ciclo de vida. Propõe-se um modelo de avaliação e de ação participativa, socio-politicamente orientado pela comunidade como o SARFI (*Samarasinghe refugee family Intervention Model*), implementado na Suécia. Este modelo que tem como base o Conceito de “*Transição Saudável*” aplica-se à família em processo de transição intercultural e linguístico, em que é expectável que ocorra *stress* psicológico, relacionado com mudanças de papéis e obrigações familiares, mudanças nas relações familiares e com a comunidade étnica do país de acolhimento.

Propõe-se assim uma nova práxis do enfermeiro de família: *holística, sistémica e transcultural* para a satisfação das necessidades e promoção do desenvolvimento infantil e da saúde mental das crianças de famílias refugiadas, nomeadamente em contexto escolar, centro da rede proximal de apoio das crianças de famílias refugiadas.

CONCLUSÕES

Emerge da pesquisa realizada, a premência de implementar uma nova práxis do enfermeiro de família, holística, sistémica e facilitadora da transição biopsicossocial e cultural das crianças destas famílias, reduzindo a carga de doença como privilegia o custo-efetividade e retorno do financiamento público, minimizando a pressão nos sistemas de saúde, contribuindo-se desta forma para as políticas de saúde e orientações técnico-normativas dirigidas a este grupo de população.

Como implicações teóricas e práticas sugere-se a realização de uma revisão sistemática da literatura, exploratória do estado da arte da saúde mental das crianças refugiadas, identificando lacunas do conhecimento científico, que a investigação aclare em benefício da práxis do enfermeiro de família.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se à Equipa de Acolhimento da JRS Portugal e à Equipa do Conselho Português para os Refugiados através da Creche “A Criança” que prestaram todo o apoio à investigação envolvendo as escolas e as crianças de famílias refugiadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. (1982). Portugal na vanguarda da promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(5), 3-5. Acedido em <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800064>
- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., & Pavlovic, D. (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: A cohort study. *Lancet Public Health*, 3(5), e249-e258. DOI: 10.1016/S2468-2667(18)30051-3.
- Cox, K. S., Sullivan, C. G., Olshansky, E., Czubaruk, K., Lacey, B., Scott, L., & Van Dijk, J. W. (2018). Critical conversation: Toxic stress in children living in poverty. *Nursing Outlook*, 66(2), 204-209. Acedido em <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.02.009>
- Fazel, M. A. S., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87(5), 366-370. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1763071/pdf/v087p00366.pdf>
- Fazel, M., Doll, H., & Stein, A. (2009). A school-based mental health intervention for refugee children: An exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 297-309.
- Goldin, S. (2008). *Living in the present with the past : Mental health of Bosnian refugee children in Sweden* (Dissertação de mestrado, Umeå University, Sweden). Acedido em https://www.researchgate.net/publication/303685780_Living_in_the_present_with_the_past_mental_health_of_Bosnian_refugee_children_in_Sweden
- Goodman, R., & Scott, S. (2012). *Child and adolescent psychiatry* (3rd ed.). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell. Acedido em <http://www.youthinmind.info/GoodmanScott3rdEdition2012.pdf>
- Graham, H. R., Minhas, R. S., & Paxton, G. (2016). Learning problems in children of refugee background: A systematic review. *Pediatrics*, 137(6), e20153994-e20153994. Acedido em <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2015-3994>

- Hanson-Bradley, C., & Wieling, L. (2016). Mental health. In J. Ballard, E. Wieling, C. Solheim, & L. Dwanyen (editors), *Immigrant and refugee families: Global perspectives on displacement and resettlement experiences* (2nd ed., Chap. 5, pp. 101-124). Minneapolis: University of Minnesota Libraries Publishing. Acedido em <http://open.lib.umn.edu/immigrantfamilies/>
- Linn, K. (2011). A conceptual model facilitating the transition of involuntary migrant families. *ISRN Nursing*, 824209. DOI: 10.5402/2011/824209.
- Moghaddam, H. T., Sayedi, S. J., Moghadam, Z. E., Bahreini, A., Abbasi, M. A., & Saeidi, M. (2017). Refugees in the Eastern Mediterranean Region: Needs, problems and challenges. *International Journal of Pediatrics*, 5(3), 4625-4639. DOI: 10.22038/ijp.2017.8452.
- Pussetti, C., Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009). *Migrantes e saúde mental*. Lisboa: Alto-Comissariado. Observatório da Imigração. Acedido em https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/OI_33.pdf/dd8920c5-2d49-44d2-90a0-73d178a6a39d
- Rousseau, C. (1995). The mental health of refugee children. *Transcultural Psychiatry*, 32(3), 299–331.
- Rousseau, C., Measham, T., & Nadeau, L. (2013). Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), 121-136.
- Santinho, M. C. (2016). *Refugiados e requerentes de asilo em Portugal: Contornos políticos no campo da saúde* (Tese de doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/3512>
- Shallow, N., & Whittington, V. (2014). The wellbeing of refugee children in an early childhood education context: Connections and dilemmas. *The Journal of Educational Enquiry*, 13(1), 18–34.
- World Health Organization. (2018a)). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants: Technical guidance on refugee and migrant health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2018b)). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. Geneva: World Health Organization. Acedido em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

Millenium, 2(ed espec. nº5), 201-207.

en

A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA
IMPLICATIONS OF FAMILY PRESENCE FOR INPATIENT SAFETY: SYSTEMATIC REVIEW PROTOCOL
FAMILIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tânia Sofia Correia^{1,2}

Maria Manuela Martins³

Fernando Barroso⁴

¹ Biomedical Science Institute Abel Salazar, NursID Research Group - Cintesis, Porto, Portugal

² Pedopsychiatry at the Baixo Vouga Hospital Center, Aveiro, Portugal

³ Nursing School of Porto, Research Group NursID - Cintesis, Porto, Portugal

⁴ Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Tânia Correia - tsp.correia@gmail.com | Maria Manuela Martins - mmartins1956@gmail.com | Fernando Barroso - faustobarroso@gmail.com



Corresponding Author

Tânia Sofia Pereira Correia

Rua Principal nº 68, Carregosa
3840-301 Ouca Vagos - Portugal
tsp.correia@gmail.com

RECEIVED: 02th December, 2019

ACCEPTED: 17th March, 2020

RESUMO

Introdução: Os dados atuais sobre segurança em cuidados de saúde continuam a ser preocupantes pelo que o tema tem sido estudado e avaliado sobre várias vertentes e em diversos domínios. Entre as recomendações para a melhoria da segurança, surge a centralização dos cuidados de saúde no cliente e consequentemente a necessidade de um maior envolvimento do próprio e da família neste processo. É neste âmbito que a Enfermagem poderá desempenhar um papel preponderante. Há teóricos de enfermagem que reconhecem a importância da família e da parceria de cuidados. Contudo, a aceitabilidade e as perceções que os enfermeiros têm desta estratégia são, em alguns estudos, contraditórias e colocam-se questões sobre a segurança do cliente.

Objetivos: Analisar a melhor evidência disponível sobre as implicações da presença da família na segurança do cliente internado

Métodos: Propõe-se a realização de uma revisão sistemática de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas de prevalência e incidência. A estratégia de busca deve ser adaptada a cada banco de dados proposto neste protocolo. A seleção dos estudos atenderá aos critérios de inclusão e exclusão definidos bem como à qualidade metodológica dos mesmos.

Conclusões: A partir da análise crítica dos dados obtidos, pretende-se contribuir com conhecimento e argumentos sobre o envolvimento familiar no processo prestação de cuidados hospitalares no âmbito da segurança do doente.

Palavras-chave: revisão sistemática; segurança do paciente; cuidados de enfermagem; família; hospitalização

ABSTRACT

Introduction: Current data on health care security remains a concern, so the topic has been studied and evaluated across a range of domains. Among the recommendations for improving safety, there is the centralization of healthcare in the client and consequently the need for greater involvement of the family and the family in this process. It is within this scope that Nursing can play a preponderant role. There are nursing theorists who recognize the importance of family and care partnership. However, the acceptability and perceptions nurses have of this strategy are, in some studies, contradictory.

Objetives: Identify, gather and analyze the best available evidence on the implications of family presence on inpatient safety

Methods: A systematic review according to the methodology of the Joanna Briggs Institute was proposed for systematic reviews of prevalence and incidence. A search strategy must be adapted to each data bank proposed by this protocol. A selection of two studies will attend to the inclusion and exclusion criteria defined as a methodological qualification two months.

Conclusions: From the critical analysis of the data obtained we intend to contribute to the knowledge and arguments for the theme of family involvement in the provision of hospital care in the context of client safety.

Keywords: systematic review; patient safety; nursing care; family; hospitalization

RESUMEN

Introducción: Los datos actuales sobre seguridad en cuidados de salud continuos a ser preocupantes pelo que o tema tem sido estudado y avaliado sobre várias vertebrales y diversos dominios. Entre las recomendaciones para una melodía de seguridad, surja una centralización de cuidados de salud para ningún cliente y, por consiguiente, una necesidad de una mayor participación del próprio y de la familia en este proceso. É neste es un ambito que enferma el poder desempeñar un papel preponderante. Há teóricos de enfermagem que reconhecem a importância da família e da parceria de cuidados. Contudo, aceitabilidade e as perções que os enfermeiros têm desta estrategia são, em somes estudos, contraditórias and colocam-se questões over a segurança do customer.

Objetivos: Analizar una experiencia de disponibilidad disponible sobre las implicaciones de la presencia de la familia en la seguridad del cliente internacional

Métodos: Propone una realización de una revisión sistemática de acorde con una metodología del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas de prevalencia e incidencia. Una estrategia de búsqueda se puede adaptar a cada banco de datos propuesto para este protocolo. Una selección de estudios para atender a los críticos de inclusión y exclusión se debe a la calidad metodológica de dos meses.

Conclusiones: A partir de la crítica de los datos recibidos, pretende-se contribuir con el cumplimiento y los argumentos sobre la participación familiar sin el proceso de la prestación de los cuidados hospitalarios en el ámbito de la seguridad del paciente.

Palabras-Clave: revisión sistemática; seguridad del paciente; atención de enfermería; familia; hospitalización

INTRODUCTION

The publication of the report "To err is human: building a safer health care system" by the Institute of Medicine (IOM) in 2000 promoted a greater focus on health safety by revealing the high number of deaths resulting from clinical errors considered preventable, and the obvious problems of systems that aim to avoid them (Institute of Medicine, 2000). Given the impact of these data, in 2004, in response to the World Health Assembly Resolution 55.18, the World Health Organization (WHO) established the World Patient Safety Alliance, renamed WHO Patient Safety in 2009, to coordinate and accelerate global efforts to improve safety (World Health Organization, 2013).

Yet, current data shows that every year there is an unacceptable number of clients who suffer healthcare errors or die from a lack of safety and poor quality of care.

According to the World Health Organization, 1 in 10 clients is subject to errors resulting from the healthcare care process, of which at least 50% are considered avoidable (Jha et al., 2013; World Health Organization, 2017). Of these errors, 1/3 cause slight to moderate damage and 5% cause serious damage (World Alliance For Patient Safety, 2008).

Available evidence suggests that 134 million adverse events occur annually due to the lack of healthcare safety in hospitals in underdeveloped and developing countries, contributing to 2.6 million deaths over the same period (The National Academies Press, 2018 cit. by World Health Organization, 2018). These errors represent billions of euros of damage to healthcare systems worldwide and 15% of hospital activity and funding is consumed as a result of complications resulting from healthcare errors (Slawomirski, Auraaen, & Klazinga, 2017).

Safety, in accordance with the Conceptual Framework of the International Classification for Patient Safety, is defined as "reducing the risk of unnecessary damage to an acceptable minimum. An acceptable minimum refers to the collective notion in the light of current knowledge, available resources, and the context in which care was provided as opposed to the risk of nontreatment or another treatment." (Directorate General for Health, 2011, p. 14).

Improving quality and safety of care is a common focus for managers, health professionals, policy makers and healthcare users (Schenk, Bryant, Van Son, & Odom-Maryon, 2018). But despite continued efforts to improve hospital safety, damage to hospital care persists (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017; National Patient Safety Foundation, 2015; Schenk et al., 2018). Among the strategies identified to promote quality and safety of healthcare is the recommendation to focus care on the client and their family and to involve both the client and family in this process (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017; Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2013).

Thus, "by placing the client and his family at the center, forces us to reinvent the health system (and the research logic itself) in a perspective increasingly based on aspects of citizenship and health gains." (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010, p.94) This recommendation is grounded in the fact that the client and family are the only ones who are continually present throughout the care process and the notion that, when involved and capable, can be critical to safer health care (World Health Organization, 2013). They are therefore an indispensable source of information on healthcare system failures (World Health Organization, 2013). An example of measures taken in this direction is the application of visiting policies in more open hospital institutions.

In 2005 WHO created the Patient Safety Program and its vision involves engaging, empowering, encouraging and facilitating clients and families to build and/or participate in the healthcare process, to partner with health professionals and policymakers to make health services safer, more integrated and client-centered (World Health Organization, 2013).

Accordingly, clients are increasingly included, not only in identifying adverse events, but also in participating in investigations to identify the causes of health safety problems (Zhu et al., 2011). In addition, healthcare professionals seek to partner with clients and families to improve quality and safety (Institute for Patient and Family Centered Care, 2013; World Health Organization, 2013). When healthcare administrators, caregivers, clients, and family members work in partnership, quality and safety of healthcare increases, costs decrease, and worker and patient and healthcare professional satisfaction increases. (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

However, some professionals view the presence of families and visitors as an obstacle to care, a reason to fear increased workloads and a risk to client safety (Bélanger, Bussièrès, Rainville, Coulombe, & Desmartis, 2017; Correia, 2017).

Despite the increase in patient satisfaction with these measures, the theoretical support developed and the institutional guidelines, it is clear that nursing care delivery is still client-centered and based on the biomedical model and that the family is not seen as the target of care (Martins et al., 2010; Oliveira et al., 2011; Schenk et al., 2018).

In short, there remain some antagonistic opinions by nurses regarding the value given to family involvement in the care provided, which is reflected in practice (Martins et al., 2010).

In this context, the involvement of the client and the family and its relationship with harm reduction is not well understood and thus, the objective of this paper is to develop a systematic review that allows us to recognize the existing evidence on the implications of family presence on the safety of the hospitalized client.

1. METHODS

The systematic literature review aims to gather existing evidence respecting predetermined prerequisites in order to answer a specific research question (Donato & Donato, 2019; Oxman, Cook, & Guyatt, 1994). It involves systematic and explicit methods in order to gather primary studies of good quality, thus ensuring a high level of evidence that substantiates conclusions and decisions (Donato & Donato, 2019; Oxman et al., 1994).

In order to guarantee the accuracy and reproducibility that characterizes this type of research, the methods of research, selection and analysis are clearly defined in advance. Firstly, the research question should be established as well as the research objective, inclusion and exclusion criteria, the research methodology, databases to be consulted, the study selection methodology, the quality evaluation and the extraction of the data. To this end, it is beneficial to produce a research protocol that specifies these determinations to guarantee the consistency, transparency and integrity of the research, as is the case here (Donato & Donato, 2019).

In order to answer the research question: What are the implications of family presence for inpatient safety?, we propose to develop a systematic literature review following the reference scheme (Fig.1) recommended by the Joanna Briggs Institute for systematic reviews prevalence and incidence (Aromataris, Munn, & Joanna Briggs Institute, 2017) and this protocol is registered with the JBI and the registration process with the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) has started.

1.1 Inclusion and exclusion criteria

This systematic review will consider studies in which participants are over 18 years old and hospitalized.

Therefore, studies conducted in the context of pediatrics and obstetrics will be excluded.

Studies that assess the impact of family presence on the safety of hospitalized patients will be considered, due to the occurrence of adverse events or quasi-events, in this sense, the intervention will be within the scope of optimizing the presence of the family in this context.

The current systematic review will consider studies comparing the presence of the family or interventions that optimize this presence with the lack of it or interventions that restrict this presence in relation to its implications for the hospitalized patient's safety.

In this sense, the possible outcomes of interest include all relevant indicators for patient safety: infections associated with healthcare, falls, pressure ulcers, identification errors, medication errors, surgical errors, frequency of notification of adverse events or almost events.

This review will include quantitative observational, analytical and descriptive studies published in the last 10 years, therefore from 2009 to the present, whose language is English, Portuguese, Spanish, French, German and Italian.

1.2 Research strategy

In the search strategy the terms to be used in the research according to the Health Sciences Descriptors (DeCS) are: Patient Safety, Nursing Care, Family and Hospitalization. In this case, the search phrase could be: (Patient Safety) AND ("Nursing Care") AND (Famil*) AND (Hospit*)

In the databases that use Medical Subject Headings (MeSH), the terms to be used will be: Patient Safety, Family, Family Centered Nursing and Hospitalization.

Free terms like *family centered care* can be used.

The databases for the research include: PubMed, Web of Science, CINAHL and Scopus. The search for documents that are not available in the usual ways of publication, known as grey literature, will be carried out in Open Grey, Grey Literature Report and Open Access Scientific Repository in Portugal (RCAAP).

Following the search, all identified citations will be uploaded to EndNote X9 reference management software and duplicates removed. Titles, abstracts, and keywords will be checked to exclude those that do not meet the inclusion criteria of this review. In the operationalization of this stage, two reviewers will be used to minimize the bias and ensure that relevant papers are not excluded. The third reviewer may be consulted in case of doubt or disagreement. Subsequently, the full texts are evaluated.

The evaluation of the methodological quality of the selected studies will be performed, once again, by two reviewers and using the tools recommended by JBI (Aromataris et al., 2017) in the evaluation of the reliability, relevance and results of the published articles. JBI's standardized critical assessment tools will be used depending on the study design: Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies, Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies, Critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies, Critical Appraisal Checklist for Case Series or Critical appraisal checklist for case reports. A cutoff score of 4 (four) is set for each JBI verification checklist, a score of 4 (four) to 6 (six) is considered moderate quality and higher than 7 (seven) indicates high quality. Studies with low methodological quality will be excluded. As described above, in cases of disagreement or doubt, the third reviewer should be consulted.

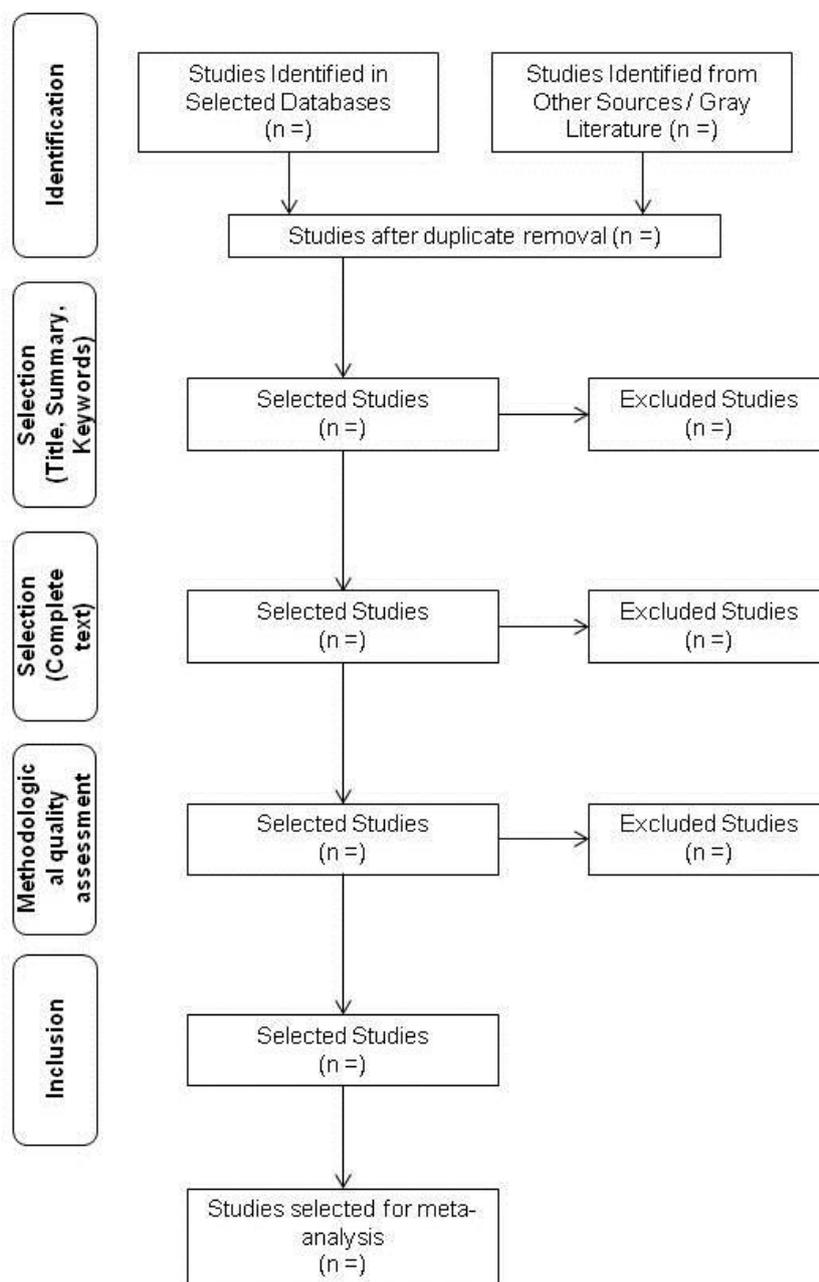


Figure 1 - Blank flow diagram of the methodology of this systematic review based on JBI recommendations (Aromataris et al., 2017).

1.3 Data extraction and analysis

In the data extraction phase, the descriptive evaluation of each study will initially be made using the extraction instrument recommended by JBI (Aromataris et al., 2017). Information such as population, study methodology and results relevant to the research focus of this review will be included. Again, it will be done by two independent reviewers and the disagreements shall be discussed with the third reviewer.

The data will be presented in textual format and using tables. If the necessary conditions are met, a meta-analysis should be carried out by applying statistical methods to work together and summarizing the data from two or more studies and thus finding more accurate and comprehensive estimates than those presented by each study individually (Donato & Donato, 2019). This will be done, once again, using tools provided by JBI.

CONCLUSIONS

Considering the current customer safety issues, as well as the recommendations for the humanization of care, patient and family centrality and involvement of the latter in this process, it is important to understand, from a safety point of view, the implications of the presence of the family in this context.

In this sense, with this protocol we intend to meet the conditions to start the review research in order to know the current evidence on what the implications of family presence for the safety of the hospitalized patient.

As a result of this systematic review, we believe we may contribute to the knowledge and arguments for the theme of family involvement in the provision of hospital care in the context of client safety as well as potential guidelines for future investigations. Understanding the impact of family presence on the safety of inpatients has the potential to influence family involvement and inclusion interventions in the context of hospital health care.

REFERENCES

- Aromataris, E., Munn, Z. E., & Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. 4th Edition Acedido em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Bélanger, L., Bussi eres, S., Rainville, F., Coulombe, M., & Desmarts, M. (2017). Hospital visiting policies – impacts on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. *Journal of Hospital Administration*, 6(6). DOI:10.5430/jha.v6n6p51
- Correia, T. S. P. (2017). *Segurança em Serviços de Saúde: Processos de Gestão*. (Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Dire o Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classifica o Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em Lisboa: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227-235. DOI:10.20344/amp.11923
- Institute for Patient and Family Centered Care (2013). *Partnering with Patients and Families to enhance safety and Quality*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals- How to Get Started*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Institute of Medicine (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Acedido em Washington, D.C.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21 st century*. Acedido em Washington, DC.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality & Safety*, 22(10), 809-815. DOI:10.1136/bmjqs-2012-001748
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., . & Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face   família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Núcleo de Investiga o de Enfermagem de Família (Ed.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20-33). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- National Patient Safety Foundation.(2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human*. Acedido em Boston, Estados Unidos da América: <https://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., .& Martins, M. M. F. P. d. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face   família: valida o da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 45, 1331-1337.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind*. Acedido em Paris, França: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Oxman, A., Cook, D., & Guyatt, G. (1994). Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview JAMA The Journal of the American Medical Association, 272.

- Schenk, E. C., Bryant, R. A., Van Son, C. R., & Odom-Maryon, T. (2018). Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 73-79.
DOI:10.1097/NCQ.0000000000000333
- Slawomirski, L., Auraan, A., & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Acedido em Paris, França: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95.
- World Alliance For Patient Safety (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Acedido em Genebra, Suíça: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
- World Health Organization (2013). *Patients for Patient Safety: Partnerships for Safer Health Care*. Acedido em Genebra, Suíça: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
- World Health Organization (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. Acedido em Genebra, Suíça: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=C5DC72D62B425787E7D5C4ED17E20B55?sequence=1>
- World Health Organization (2018). *Patient safety: Global action on patient safety*. Acedido em Genebra, Suíça: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf
- Zhu, J., Stuver, S. O., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Weissman, J. S., & Weingart, S. N. (2011). Can We Rely on Patients' Reports of Adverse Events? *Medical Care*, 49, 948-955. doi:10.1097/MLR.0b013e31822047a8

Millenium, 2(ed espec. nº5), 201-207.

pt

A FAMÍLIA E A SEGURANÇA DO DOENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISÃO SISTEMÁTICA
IMPLICATIONS OF FAMILY PRESENCE FOR INPATIENT SAFETY: SYSTEMATIC REVIEW PROTOCOL
FAMILIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO: PROTOCOLO DE REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tânia Sofia Correia^{1,2}
Maria Manuela Martins³
Fernando Barroso⁴

¹Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Grupo de Investigação NursID – Cintesis, Porto, Portugal

²Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro, Portugal

³Escola Superior de Enfermagem do Porto, Grupo de Investigação NursID – Cintesis, Porto, Portugal

⁴Centro Hospitalar de Setúbal, Setúbal, Portugal

Tânia Correia - tsp.correia@gmail.com | Maria Manuela Martins - mmartins1956@gmail.com | Fernando Barroso - faustobarroso@gmail.com



Autor Correspondente

Tânia Sofia Pereira Correia
Rua Principal nº 68, Carregosa
3840-301 Ouca Vagos - Portugal
tsp.correia@gmail.com

RECEBIDO: 02 de dezembro de 2019

ACEITE: 17 de março de 2020

RESUMO

Introdução: Os dados atuais sobre segurança em cuidados de saúde continuam a ser preocupantes pelo que o tema tem sido estudado e avaliado sobre várias vertentes e em diversos domínios. Entre as recomendações para a melhoria da segurança, surge a centralização dos cuidados de saúde no cliente e consequentemente a necessidade de um maior envolvimento do próprio e da família neste processo. É neste âmbito que a Enfermagem poderá desempenhar um papel preponderante. Há teóricos de enfermagem que reconhecem a importância da família e da parceria de cuidados. Contudo, a aceitabilidade e as perceções que os enfermeiros têm desta estratégia são, em alguns estudos, contraditórias e colocam-se questões sobre a segurança do cliente.

Objetivos: Analisar a melhor evidência disponível sobre as implicações da presença da família na segurança do cliente internado

Métodos: Propõe-se a realização de uma revisão sistemática de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas de prevalência e incidência. A estratégia de busca deve ser adaptada a cada banco de dados proposto neste protocolo. A seleção dos estudos atenderá aos critérios de inclusão e exclusão definidos bem como à qualidade metodológica dos mesmos.

Conclusões: A partir da análise crítica dos dados obtidos, pretende-se contribuir com conhecimento e argumentos sobre o envolvimento familiar no processo prestação de cuidados hospitalares no âmbito da segurança do doente.

Palavras-chave: revisão sistemática; segurança do paciente; cuidados de enfermagem; família; hospitalização

ABSTRACT

Introduction: Current data on health care security remains a concern, so the topic has been studied and evaluated across a range of domains. Among the recommendations for improving safety, there is the centralization of healthcare in the client and consequently the need for greater involvement of the family and the family in this process. It is within this scope that Nursing can play a preponderant role. There are nursing theorists who recognize the importance of family and care partnership. However, the acceptability and perceptions nurses have of this strategy are, in some studies, contradictory.

Objetives: Identify, gather and analyze the best available evidence on the implications of family presence on inpatient safety

Methods: A systematic review according to the methodology of the Joanna Briggs Institute was proposed for systematic reviews of prevalence and incidence. A search strategy must be adapted to each data bank proposed by this protocol. A selection of two studies will attend to the inclusion and exclusion criteria defined as a methodological qualification two months.

Conclusions: From the critical analysis of the data obtained we intend to contribute to the knowledge and arguments for the theme of family involvement in the provision of hospital care in the context of client safety.

Keywords: Systematic Review; Patient Safety; Nursing Care; Family; Hospitalization

RESUMEN

Introducción: Los datos actuales sobre seguridad en cuidados de salud continuos a ser preocupantes pelo que o tema tem sido estudado y avaliado sobre várias vertebrales y diversos dominios. Entre las recomendaciones para una melodía de seguridad, surja una centralización de cuidados de salud para ningún cliente y, por consiguiente, una necesidad de una mayor participación del próprio y de la familia en este proceso. É neste es un ambito que enferma el poder desempeñar un papel preponderante. Há teóricos de enfermagem que reconhecem a importância da família e da parceria de cuidados. Contudo, aceitabilidade e as perções que os enfermeiros têm desta estrategia são, em somes estudos, contraditórias and colocam-se questões over a segurança do customer.

Objetivos: Analizar una experiencia de disponibilidad disponible sobre las implicaciones de la presencia de la familia en la seguridad del cliente internacional

Métodos: propone una realización de una revisión sistemática de acorde con una metodología del Instituto Joanna Briggs para revisiones sistemáticas de prevalencia e incidencia. Una estrategia de búsqueda se puede adaptar a cada banco de datos propuesto para este protocolo. Una selección de estudios para atender a los críticos de inclusión y exclusión se debe a la calidad metodológica de dos meses.

Conclusiones: A partir de la crítica de los datos recibidos, pretende-se contribuir con el cumplimiento y los argumentos sobre la participación familiar sin el proceso de la prestación de los cuidados hospitalarios en el ámbito de la seguridad del paciente.

Palabras Clave: revisión sistemática; seguridad del paciente; atención de enfermería; familia; hospitalización

INTRODUÇÃO

A publicação do relatório “To err is human: building a safer health care system” pelo Institute Of Medicine (IOM) em 2000 promoveu um maior enfoque no tema da segurança em saúde ao revelar o elevado número de mortes resultantes de erros clínicos considerados evitáveis, e nos problemas evidentes dos sistemas que têm como objetivo evitá-los (Institute of Medicine, 2000). Dado o impacto destes dados, em 2004, em resposta à Resolução 55.18 da Assembleia Mundial da Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, renomeada como Segurança do Doente da OMS em 2009, para coordenar e acelerar os esforços globais a fim de melhorar a segurança (World Health Organization, 2013).

Ainda assim, os dados atuais disponíveis revelam que todos os anos há um número inaceitável de clientes que sofrem erros em saúde ou que morrem devido à insegurança e má qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com a OMS, 1 em cada 10 clientes é alvo de erros resultantes do processo de prestação de cuidados, dos quais, pelo menos 50% são considerados evitáveis (Jha et al., 2013; World Health Organization, 2017). Desses erros, 1/3 causam danos ligeiros a moderados e 5% causam danos graves (World Alliance For Patient Safety, 2008).

Estima-se que ocorram anualmente 134 milhões de eventos adversos devido a insegurança dos cuidados de saúde em hospitais de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, contribuindo para 2,6 milhões de mortes no mesmo período (The National Academies Press, 2018 cit. por World Health Organization, 2018). Estes erros representam biliões de euros de prejuízo aos sistemas de saúde em todo o mundo e 15% da atividade e do financiamento hospitalar são consumidos em consequência de complicações resultantes de erros nos cuidados de saúde (Slawomirski, Auraaen, & Klazinga, 2017).

A Segurança, de acordo com a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional para a Segurança do Doente, é definida como “a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento.” (Direção Geral da Saúde, 2011, p. 14).

A melhoria da qualidade e segurança dos cuidados é um foco comum para os gestores, profissionais de saúde, formuladores de políticas e utilizadores dos serviços de saúde (Schenk, Bryant, Van Son, & Odom-Maryon, 2018). Mas, apesar dos esforços contínuos para melhorar a segurança nos hospitais, os danos causados nos cuidados em contexto hospitalar persistem (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017; National Patient Safety Foundation, 2015; Schenk et al., 2018).

Entre as estratégias identificadas para promover a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde está a recomendação de centrar os cuidados no cliente e família e envolver o próprio e a família neste processo (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017; Institute of Medicine, 2001; World Health Organization, 2013).

Desta forma, “ao colocar no centro o cliente e a sua família, obriga a reinventar o sistema de saúde (e a própria lógica de investigação) numa perspetiva cada vez mais baseada em aspetos de cidadania e de ganhos em saúde.” (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010, p. 94). Esta recomendação está alicerçada no facto de o cliente e a família serem os únicos que estão presentes continuamente em todo o processo de prestação de cuidados e na noção de que, quando envolvidos e capacitados, podem ser fundamentais para cuidados de saúde mais seguros (World Health Organization, 2013). São, por isso, fonte de informação indispensável sobre falhas do sistema de saúde (World Health Organization, 2013). Um exemplo de medidas tomadas neste sentido é a aplicação de políticas de visitas em instituições hospitalares mais abertas.

Em 2005 a OMS criou o programa Pacientes para Segurança do Paciente e a sua visão implica envolver, capacitar, encorajar e facilitar clientes e famílias para que construam e/ou participem do processo de prestação de cuidados de saúde, que criem parcerias com profissionais de saúde e formuladores de políticas no sentido de tornar os serviços de saúde mais seguros, mais integrados e centrado nas pessoas (World Health Organization, 2013).

Verifica-se então que, cada vez mais os clientes são incluídos, não apenas na identificação de eventos adversos, mas também na participação de investigações para identificar as causas dos problemas de segurança em saúde (Zhu et al., 2011). Além disso, os profissionais de saúde procuram estabelecer parcerias com clientes e familiares para melhorar a qualidade e a segurança (Institute for Patient and Family Centered Care, 2013; World Health Organization, 2013).

Quando os administradores de serviços de saúde, prestadores de cuidados, clientes e familiares trabalham em parceria, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde aumentam, os custos diminuem e a satisfação do profissional e do paciente aumenta (Institute for Patient and Family Centered Care, 2017).

Contudo, alguns profissionais vêem a presença de famílias e visitas como um obstáculo à prestação de cuidados, um motivo para temer o aumento das cargas de trabalho e um risco para a segurança do cliente (Bélanger, Bussières, Rainville, Coulombe, & Desmartis, 2017; Correia, 2017).

Apesar do aumento de satisfação dos utentes perante estas medidas, do suporte teórico desenvolvido nesse sentido e das orientações institucionais, constata-se que a prestação de cuidados de enfermagem ainda está centrada no cliente e baseada no modelo biomédico e que a família não é vista como alvo de cuidados (Martins et al., 2010; Oliveira et al., 2011; Schenk et al., 2018).

Em suma verifica-se que subsistem algumas opiniões antagónicas por parte dos enfermeiros quanto ao valor dado ao envolvimento da família nos cuidados prestados o que se reflete na prática (Martins et al., 2010).

Neste âmbito, o envolvimento do cliente e da família e a sua relação com a redução de danos não é bem compreendida pelo que o objetivo deste trabalho é desenvolver uma revisão sistemática que permita conhecer a evidência existente sobre as implicações da presença da família na segurança do cliente internado.

1. MÉTODOS

A revisão sistemática de literatura tem como objetivo reunir a evidência existente respeitando pré-requisitos pré-determinados com o intuito de responder a uma questão de investigação específica (Donato & Donato, 2019; Oxman, Cook, & Guyatt, 1994). Envolve métodos sistemáticos e explícitos de modo a reunir estudos primários de boa qualidade, garantindo assim um elevado nível de evidência que fundamente conclusões e decisões (Donato & Donato, 2019; Oxman et al., 1994).

No sentido de garantir o rigor e a reprodutibilidade que caracteriza este tipo de investigação, os métodos de pesquisa, seleção e análise são definidos previamente de forma clara. Primeiramente deve-se estabelecer a questão de investigação bem como o objetivo da mesma, critérios de inclusão e exclusão, a metodologia de pesquisa, bases de dados a consultar, a metodologia de seleção dos estudos, de avaliação da qualidade dos mesmos e de extração dos dados. Para tal é vantajoso a produção de um protocolo de investigação que especifique estas determinações no garante da consistência, transparência e integridade da pesquisa, como é este caso (Donato & Donato, 2019).

No sentido de responder à questão de investigação: Quais as implicações da presença da família para a segurança do cliente internado?, propõem-se desenvolver revisão sistemática de literatura seguirá o esquema de referência (Fig.1) recomendado pelo Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas de prevalência e incidência (Aromataris, Munn, & Joanna Briggs Institute, 2017) e este protocolo está registado na JBI e tem processo de registo na International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) iniciado.

1.1 Critérios de inclusão e exclusão

A presente revisão sistemática irá considerar estudos em que os participantes tenham idade superior a 18 anos e hospitalizados. Serão, portanto, excluídos estudos realizados no âmbito da pediatria e obstetrícia.

Serão considerados estudos que avaliem o impacto da presença da família na segurança do doente hospitalizado, pela ocorrência de eventos adversos ou quase-eventos, neste sentido, a intervenção será no âmbito da otimização da presença da família neste contexto.

A corrente revisão sistemática irá considerar estudos que comparem a presença da família ou intervenções que otimizem esta presença com ausência da mesma ou intervenções que restrinjam essa presença, relativamente às suas implicações na segurança do doente hospitalizado. Neste sentido, os possíveis *outcomes* de interesse incluem todos os indicadores relevantes para a segurança do doente: infeções associadas aos cuidados de saúde, quedas, úlceras de pressão, erros de identificação, erros de medicação, erros cirúrgicos, frequência de notificação de eventos adversos ou quase eventos.

Serão incluídos os estudos quantitativos observacionais, analíticos e descritivos, publicados dos últimos 10 anos, portanto desde 2009 inclusive até ao presente, cujo idioma seja o inglês, português, espanhol, francês, alemão e italiano.

1.2 Estratégia de pesquisa

Na estratégia de pesquisa os termos a serem utilizados de acordo com o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) são: Patient Safety, Nursing Care, Family e Hospitalization. Neste caso a frase de pesquisa poderá ser: (Patient Safety) AND (“Nursing Care”) AND (Famil*) AND (Hospit*)

Por sua vez nas bases de dados que utilizem Medical Subject Headings (MeSH), os termos a utilizar serão: Patient Safety, Family, Family Centered Nursing e Hospitalization. Poder-se-á recorrer a termos livres como *family centered care*.

As bases de dados para a pesquisa incluem: MEDLINE, Web of Science, CINAHL e Scopus. A pesquisa de documentos que não estão disponíveis nas vias habituais de publicação, conhecida por literatura cinzenta, concretizar-se-á na Open Grey, Grey Literature Report e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

Seguidamente à pesquisa, todas as citações identificadas serão carregadas para o software de gestão de referências EndNote X9 e os duplicados removidos. Os títulos, resumos e palavras-chave serão verificados no sentido de excluir aqueles que não respeitam os critérios de inclusão nesta revisão. Na operacionalização desta etapa recorrer-se-á a dois revisores para minimizar o viés e garantir que não são excluídos trabalhos relevantes. O terceiro revisor poderá ser consultado em situação de dúvidas ou discordâncias. Posteriormente procede-se à avaliação dos textos completos.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados será realizada, mais uma vez, por dois revisores e com recurso às ferramentas recomendadas pelo JBI (Aromataris et al., 2017) na avaliação da confiabilidade, relevância e resultados dos artigos publicados. Irão utilizar-se os instrumentos padronizados de avaliação crítica da JBI dependendo do desenho do estudo: Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies, Critical Appraisal Checklist for Case Control Studies, Critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies, Critical Appraisal Checklist for Case Series ou Critical appraisal checklist for case reports. Estabelece-se 4 (quatro) como pontuação de corte para cada lista de verificação da JBI, a pontuação de 4 (quatro) a 6 (seis) considera-se qualidade

moderada e superior a 7 (sete) indica alta qualidade. Serão excluídos os estudos com baixa qualidade metodológica. Tal como descrito anteriormente, em situações de divergência ou dúvida deverá consultar-se o terceiro revisor.

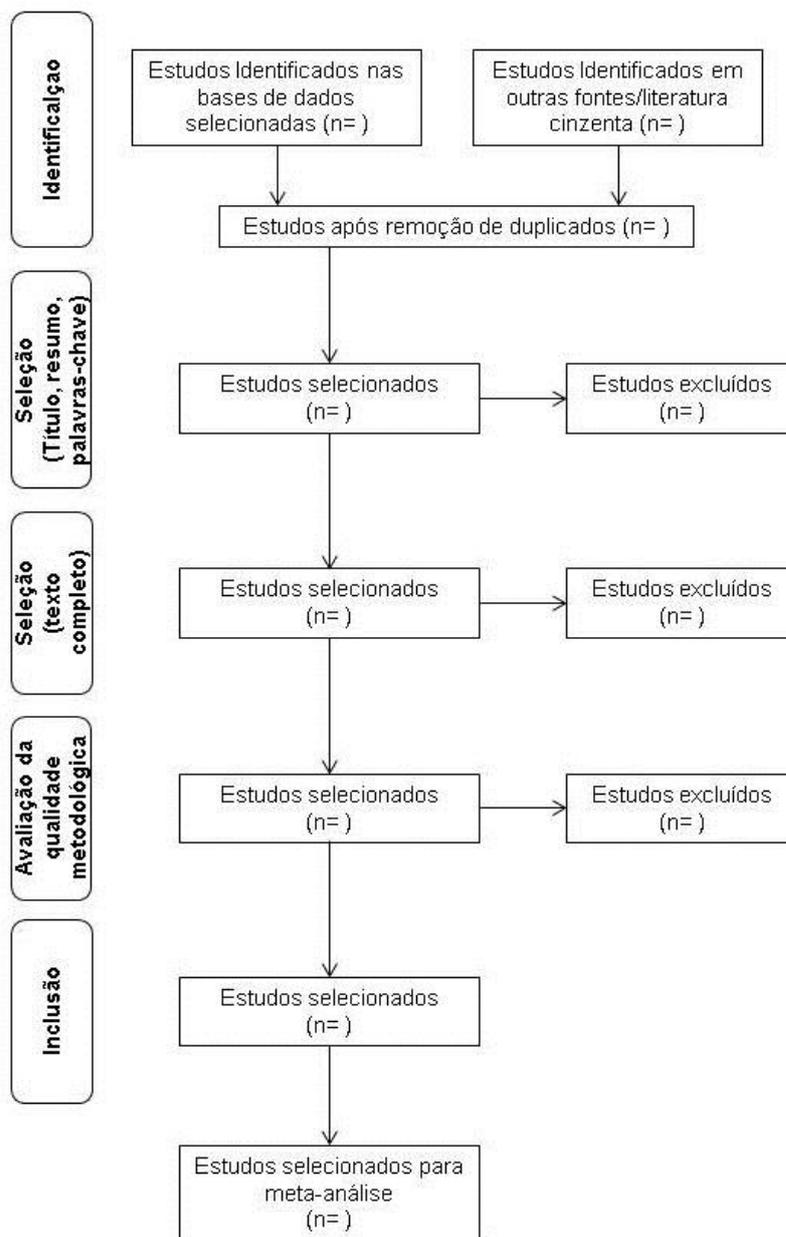


Figura 1 - Diagrama de fluxo em branco da metodologia desta revisão sistemática baseada nas recomendações do JBI (Aromataris et al., 2017).

1.3 Extração e análise dos dados

Na fase de extração de dados, inicialmente irá fazer-se a avaliação descritiva de cada estudo com recurso ao instrumento de extração recomendado pelo JBI (Aromataris et al., 2017). Irá ser incluída informação como população, metodologia do estudo e resultantes relevantes para o foco de investigação desta revisão. Mais uma vez, será feita por dois revisores independentes e as divergências discutidas com o terceiro revisor.

Os dados serão apresentados em formato textual e com recurso a tabelas. Se reunidas as condições necessárias, deverá realizar-se uma meta-análise que consiste em aplicar métodos estatísticos para trabalhar em conjunto e resumir os dados de dois ou mais estudos e, desta forma, encontrar estimativas mais rigorosas e abrangentes do que as apresentadas por cada estudo individualmente (Donato & Donato, 2019). Tal será feito, mais uma vez, com recurso a ferramentas disponibilizadas pelo JBI.

CONCLUSÕES

Considerando as questões de segurança do cliente que se colocam atualmente, bem como as recomendações para a humanização dos cuidados, centralidade dos mesmos no utente e família e envolvimento da última neste processo, importa compreender, do ponto de vista da segurança, as implicações da presença da família no contexto hospitalar.

Neste sentido, com este protocolo pretendemos reunir as condições para dar início à pesquisa de revisão no sentido de conhecer a evidência atual sobre quais as implicações da presença da família para a segurança do doente internado.

Resultante desta revisão sistemática acreditamos poder vir a contribuir para o conhecimento e argumentos para o tema do envolvimento da família na prestação de cuidados hospitalares no âmbito da segurança do cliente bem como potenciais orientações para investigações futuras.

Compreender qual o impacto da presença da família na segurança do doente internado tem o potencial de influenciar intervenções de envolvimento e inclusão da família no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., Munn, Z. E., & Joanna Briggs Institute. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. 4th Edition Acedido em <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Bélanger, L., Bussières, S., Rainville, F., Coulombe, M., & Desmartis, M. (2017). Hospital visiting policies – impacts on patients, families and staff: A review of the literature to inform decision making. *Journal of Hospital Administration*, 6(6). DOI:10.5430/jha.v6n6p51
- Correia, T. S. P. (2017). *Segurança em Serviços de Saúde: Processos de Gestão*. (Mestrado), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Acedido em Lisboa: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Stages for Undertaking a Systematic Review. *Acta Médica Portuguesa*, 32(3), 227-235. DOI:10.20344/amp.11923
- Institute for Patient and Family Centered Care (2013). *Partnering with Patients and Families to enhance safety and Quality*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family centered care in hospitals- How to Get Started*. Bethesda, Maryland, Estados Unidos da América: Institute for Patient- and Family-Centered Care
- Institute of Medicine (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Acedido em Washington, D.C.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21 st century*. Acedido em Washington, DC.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22274/>
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *British Medical Journal Quality & Safety*, 22(10), 809-815. DOI:10.1136/bmjqs-2012-001748
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., . & Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de Família: atitudes dos enfermeiros face à família - estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (Ed.), *Redes de Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 20-33). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- National Patient Safety Foundation.(2015). *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement - Fifteen Years after To Err Is Human*. Acedido em Boston, Estados Unidos da América: <https://www.aig.com/content/dam/aig/america-canada/us/documents/brochure/free-from-harm-final-report.pdf>
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., .& Martins, M. M. F. P. d. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade São Paulo*, 45, 1331-1337.

- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). *The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind*. Acedido em Paris, França: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Oxman, A., Cook, D., & Guyatt, G. (1994). Users' Guides to the Medical Literature: VI. How to Use an Overview JAMA The Journal of the American Medical Association, 272.
- Schenk, E. C., Bryant, R. A., Van Son, C. R., & Odom-Maryon, T. (2018). Perspectives on Patient and Family Engagement With Reduction in Harm: The Forgotten Voice. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 73-79.
DOI:10.1097/NCQ.0000000000000333
- Slawomirski, L., Auraaen, A., & Klazinga, N. (2017). *The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level*. Acedido em Paris, França: <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>
- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 89-95.
- World Alliance For Patient Safety (2008). *Summary of the evidence on patient safety: implications for research*. Acedido em Genebra, Suíça: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43874>
- World Health Organization (2013). *Patients for Patient Safety: Partnerships for Safer Health Care*. Acedido em Genebra, Suíça: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/
- World Health Organization (2017). *Patient Safety: Making health care safer*. Acedido em Genebra, Suíça: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf;jsessionid=C5DC72D62B425787E7D5C4ED17E20B55?sequence=1>
- World Health Organization (2018). *Patient safety: Global action on patient safety*. Acedido em Genebra, Suíça: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_29-en.pdf
- Zhu, J., Stuver, S. O., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Weissman, J. S., & Weingart, S. N. (2011). Can We Rely on Patients' Reports of Adverse Events? *Medical Care*, 49, 948-955. doi:10.1097/MLR.0b013e31822047a8

Millenium, 2(ed espec. nº5), 209-218.

pt

SATISFAÇÃO DA FAMÍLIA COM OS CUIDADOS PALIATIVOS
FAMILY SATISFACTION WITH PALLIATIVE CARE
SATISFACCIÓN FAMILIAR CON ATENCIÓN PALIATIVA

Olivério Ribeiro¹
Sílvia Lima²
João Duarte¹

¹Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

²Centro Hospitalar Baixo-Vouga, Hospital Visconde de Salreu, Unidade de Cuidados Paliativos, Estarreja, Portugal

Olivério Ribeiro - oribeiro@essv.ipv.pt | Sílvia Lima - silviarlima86@gmail.com | João Duarte - duartejohnny@gmail.com



Autor Correspondente

Olivério Ribeiro

Escola Superior de Saúde Viseu

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu - Portugal

oribeiro@essv.ipv.pt

RECEBIDO: 12 de março de 2020

ACEITE: 30 de abril de 2020

RESUMO

Introdução: A satisfação das famílias com os cuidados prestados aos doentes, em Cuidados Paliativos (CP) é considerada um importante indicador da qualidade dos mesmos, assumindo o enfermeiro uma posição de destaque.

Objetivos: Avaliar o grau de satisfação dos familiares de doentes internados em CP relativamente aos cuidados prestados e analisar a sua relação com as variáveis sociodemográficas.

Métodos: Estudo quantitativo descritivo-correlacional numa amostra não probabilística por conveniência de 96 familiares de doentes internados na região Centro de Portugal, recorrendo-se à aplicação de um questionário de dados sociodemográficos e da Escala FAMCARE, traduzida e validada em Portugal por Almeida (2012).

Resultados: Os familiares são em 67,7% mulheres, assumindo-se como cuidadores principais (73.8%), com idades \leq 64 anos (84.6%). O grau de parentesco é Filho/a (41.7%), vivem com companheiro (64.6%) e com os filhos (56.3%). Possuem o ensino básico, sem experiência anterior em CP (90.6%), residem em meio urbano (54.2%), exercem profissão (61.5%) e não têm experiência na área da saúde (87.5%).

Os familiares encontram-se satisfeitos com os cuidados ($X=40.50 \pm 13.72$). Estão mais satisfeitos com a Informação dada e Cuidados Físicos e menos satisfeitos nos Cuidados Psicossociais.

Conclusões: Existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido de melhorar a satisfação pelos cuidados, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados psicossociais, de modo a promover a sua melhoria contínua.

Palavras-chave: cuidados paliativos; família; satisfação

ABSTRACT

Introduction: The satisfaction of families with the care provided to patients in Palliative Care (PC) is considered an important indicator of their quality, with the nurse assuming a prominent position.

Objetives: To evaluate the degree of satisfaction of family members of patients hospitalized in PC regarding the care provided and to analyze their relationship with sociodemographic variables.

Methods: Quantitative descriptive-correlational study in a non-probabilistic sample for convenience of 96 relatives of patients hospitalized in the Center of Portugal, using a questionnaire of sociodemographic data and the FAMCARE Scale, translated and validated in Portugal by Almeida (2012).

Results: The family members are 67.7% women, assuming themselves as primary caregivers (73.8%), aged \leq 64 years (84.6%). The degree of kinship is Child (41.7%), live with a partner (64.6%) and with their children (56.3%). They have basic education, with no previous experience in PC (90.6%), live in an urban environment (54.2%), exercise a profession (61.5%) and have no experience in the health area (87.5%).

Family members are satisfied with the care ($X = 40.50 \pm 13.72$). They are more satisfied with the information given and physical care and less satisfied with psychosocial care.

Conclusions: There is still a long way to go in order to improve satisfaction with care, particularly about psychosocial care, in order to promote its continuous improvement.

Keywords: palliative care; family; satisfaction

RESUMEN

Introducción: La satisfacción de las familias con la atención brindada a los pacientes, en Cuidados Paliativos (CP) se considera un indicador importante de su calidad, con la enfermera asumiendo una posición destacada.

Objetivos: evaluar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados en CP con respecto a la atención brindada y analizar su relación con las variables sociodemográficas.

Métodos: estudio cuantitativo descriptivo-correlacional en una muestra no probabilística por conveniencia de 96 familiares de pacientes hospitalizados en el Centro de Portugal, utilizando un cuestionario de datos sociodemográficos y la escala FAMCARE, traducida y validada en Portugal por Almeida (2012)

Resultados: los miembros de la familia son 67.7% mujeres, asumiéndose como cuidadores primarios (73.8%), con edad \leq 64 años (84.6%). El grado de parentesco es Niño (41.7%), vive con una pareja (64.6%) y con sus hijos (56.3%). Tienen educación básica, sin experiencia previa en CP (90,6%), viven en un entorno urbano (54,2%), ejercen una profesión (61,5%) y no tienen experiencia en el área de la salud (87,5%).

Los miembros de la familia están satisfechos con la atención ($X = 40.50 \pm 13.72$). Están más satisfechos con la información brindada y la atención física y menos satisfechos con la atención psicosocial.

Conclusiones: todavía hay un largo camino por hacer para mejorar la satisfacción con la atención, particularmente con respecto a la atención psicosocial, para promover su mejora continua.

Palabra Clave: cuidados paliativos; familia; satisfacción

INTRODUÇÃO

Em Cuidados Paliativos (CP) a família do doente faz parte do foco de cuidados. Os elementos da família, desempenham um duplo papel, sendo cuidadores informais e, simultaneamente, alvo de cuidados, já que pela relação próxima que estes mantêm com o doente são à partida os mais indicados para prestar cuidados. Por outro lado, o desgaste inerente à situação de doença progressiva e terminal, assim como, o cansaço decorrente da prestação direta de cuidados e, o enfrentar dos problemas que inevitavelmente vão surgindo, faz com que os familiares cuidadores, sejam igualmente recetores da intervenção da equipa profissional (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2016; Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010; Oliveira, 2013).

Avaliar a satisfação do doente/ familiar/ cuidador em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde em CP é considerada uma ferramenta fundamental para medir a qualidade dos cuidados prestados e desta forma melhorar a assistência aos doentes com necessidades paliativas e respetivas famílias/ cuidador (es) (informais), reconhecendo os fatores que a afetam (Observatório Português dos Cuidados Paliativos, 2018).

Existem já alguns estudos realizados em Portugal que avaliam a Satisfação da família pelos cuidados prestados ao doente em Cuidados Paliativos, contudo, são escassos e muito direcionados para os cuidadores informais.

Pelo Disposto, este estudo tem como objetivo analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas do familiar do doente internado em Unidades de Cuidados Paliativos e o grau de satisfação com os cuidados prestados

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na sociedade atual, com uma economia mundial caracterizada pela globalização e rapidez de evolução tecnológica, as organizações devem estar cada vez mais comprometidas com a procura de maior competitividade traduzida em ganhos de produtividade e melhoria da qualidade (Guimarães, 2009; Hespanhol, Vieira & Pereira, 2008).

Assim, o sucesso das organizações depende da sua capacidade para satisfazer as necessidades dos clientes, impondo-se como grande desafio conhecer o que o cliente quer, priorizando os processos que criam valor. Pode-se considerar a qualidade e satisfação dos utilizadores como o grande e atual desafio no sector da saúde, face ao crescimento significativo da oferta de cuidados de saúde. O utilizador exigirá não só altos níveis de qualidade, mas também uma organização que esteja atenta e pronta a ouvi-lo, redesenhando o serviço à medida das suas necessidades (Capelas, 2014; Hespanhol, Vieira & Pereira, 2008).

A satisfação dos clientes (doente e família) é um indicador fundamental na gestão das organizações, conduzindo a decisões estratégicas e operacionais que influenciam a qualidade dos serviços prestados, sendo a satisfação uma medida de desempenho organizacional (Anderson, Fornel Anderson, Fornel, & Lehmann & Lehmann, 1994; Capelas, 2014; Hespanhol, Vieira & Pereira, 2008).

Apesar de ser difícil de medir, a satisfação é uma das dimensões usadas para a medição da qualidade, tornando-se fundamental para a credibilidade e confiabilidade dos cuidados de saúde prestados (Capelas, 2014; OPCP, 2018).

A satisfação resulta de uma equação entre expectativas prévias e experiência concreta vivida. Por isso, as apreciações dos utilizadores são, de um modo geral, mais positivas nos utilizadores do que nos não utilizadores dos serviços (Gonçalves, Alves e Ramos, 2010).

Entendendo como cuidados de saúde de qualidade os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo de cuidar, Ribeiro (2008) refere que a satisfação opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores sobre as características do processo de que foram alvos, bem como acerca da conformidade dos resultados com as expectativas. Também para este autor, o método mais preciso para conhecer as perceções de qualidade dos outros consiste em perguntar, pelo que, quando os utilizadores dizem estar insatisfeitos com os cuidados prestados, deve-se tentar perceber o grau de perceção relativamente ao que significa para eles qualidade, podendo esta representar uma mudança significativa no seu nível de satisfação.

A ACP (2016) reforça a ideia que em CP preconiza-se a avaliação de necessidades tendo em conta três domínios centrais: doente; família/ cuidador e qualidade dos cuidados, implicando esta avaliação uma abordagem multidimensional e interligada. Avaliar a satisfação do doente/ familiar/ cuidador em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde em CP é considerada uma ferramenta fundamental para medir a qualidade dos cuidados prestados e desta forma melhorar a assistência aos doentes com necessidades paliativas e respetivas famílias/ cuidador (es) (informais), reconhecendo os fatores que a afetam (OPCP, 2018). De acordo com mesmos autores, a satisfação com os cuidados de saúde é difícil de definir e avaliar, visto que, os cuidados em fim de vida podem diferir entre as equipas, unidades, os próprios componentes do cuidar e as dimensões da qualidade do cuidar. Desta forma, o Enfermeiro, como profissional de saúde, deve garantir ao cliente, uma assistência livre de danos, sejam estes físicos ou morais, devendo atuar como ponte facilitadora, sendo capaz de perceber as necessidades dos clientes. Reconhecer valores e esclarecer dúvidas, estabelecendo uma relação de confiança entre ambos os lados. Os clientes devem sentir-se valorizados e confiantes, capazes de manifestar as suas próprias críticas e sugestões com clareza e sem medos, transmitindo as suas reais opiniões em relação ao serviço oferecido.

De acordo com Xiao *et al* e Hekker *et al*, cit in OPCP (2018), foram realizados vários estudos com o objetivo de investigar os determinantes da satisfação com os cuidados prestados em CP e chegaram à conclusão de que os fatores preditivos desta mesma

satisfação podem ser categorizados em intrínsecos: estrutura, processo e resultado de cuidados e em extrínsecos: características do doente.

Almeida (2012) realizou uma revisão de literatura referente aos vários questionários existentes para avaliar a satisfação dos familiares de doentes em cuidados paliativos tendo identificado cinco instrumentos de medida: O Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS); o Índice de Avaliação de Dificuldades do Cuidador (CADI), Índice de Avaliação da Satisfação do Cuidador (CASI), Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC), FAMCARE Scale (utilizada neste trabalho).

2. MÉTODOS

O presente estudo enquadra-se no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

2.1 Amostra

A população alvo deste estudo foi constituída pelos familiares (preferencialmente o Familiar de Referência) de doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos da região centro do país que aceitaram participar voluntariamente no estudo. A escolha deste grupo populacional prendeu-se com o facto de serem estes familiares os que estão mais relacionados com o doente e desse modo, deterem um maior conhecimento das problemáticas decorrentes do processo de transição que este atravessa para além de serem também foco de cuidados por parte dos profissionais da equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro assume posição de destaque. Optou-se por uma amostra não probabilística, com uma amostragem acidental, por conveniência, tendo-se obtido 96 questionários provenientes das três Unidades de Cuidados Paliativos que aceitaram participar no estudo: 33 questionários UCP Salreu (Centro Hospitalar Baixo-Vouga, E.P.E.), 32 questionários UCP Seia (ULS Guarda) e 31 questionários UCP Tondela (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.).

Como critérios de seleção para a constituição da amostra consideraram-se, os familiares com idade mínima de 16 anos, sem défices cognitivos, que sabiam ler e escrever e que aceitaram participar no estudo, através do consentimento informado, fazendo-o a partir do 3º dia de internamento do doente.

A amostra foi constituída por 32,3% de participantes do sexo masculino e 67,7% do sexo feminino. Assim, pelos dados estatísticos apresentados na Tabela 1, podemos verificar que relativamente à idade, revelaram uma idade mínima de 20 anos e uma máxima de 79 anos (média de 49.44 anos \pm 14.9). No sexo masculino, a que corresponderam 31 elementos, a idade mínima foi de 24 anos e a máxima de 79 anos, enquanto que no sexo feminino, com 65 elementos, oscilou entre os 20 anos e os 79 anos, com médias de 49.39 (\pm 15.34) e 49.46 (\pm 14.82), respetivamente, denotando-se que os familiares do sexo feminino são ligeiramente mais velhos que os do sexo masculino.

Dada a amplitude de variação encontrada que se situou nos 59 anos agrupámos os dados em duas classes (adultos \leq 64 anos e idosos \geq 65 anos), conforme apresentado na tabela 1, sendo que a maior parte da amostra apresentou uma idade igual ou inferior a 64 anos (82,3%). Quanto ao sexo, as maiores percentagens foram encontradas nas mulheres, em ambos os grupos etários com 84,6% e 15,4%, respetivamente.

Em relação ao grau de parentesco, a relação de filho/a foi a mais comum entre o familiar e doente (41,7%), seguida de outros familiares (31,3%) onde se inseriram os netos, sobrinhos, sogros, irmãos e por fim, de esposo à qual correspondeu uma percentagem de 27,1%.

No respeito ao estado civil, constatamos que a maioria dos familiares de referência vivia com companheiro(a) (64,6%).

Quanto à composição do agregado familiar, apuramos que os casais com filhos predominavam na amostra (56,3%), seguido dos casais sem filhos (20,8%). Com igualdade percentual (11,5%) surgiram as famílias monoparentais e as famílias unitárias.

Quanto à co-habitação do familiar de referência com o doente, os dados revelaram que a maioria não habitava na mesma casa do doente (53,1%). Contudo, o sexo feminino contrariou essa tendência, já que 50,8% habitavam na mesma casa.

Quanto ao estatuto de cuidador principal do doente, a maioria dos familiares de referência assumiram-se como tal (62,5%). O sexo feminino foi quem se assumiu maioritariamente como cuidador (73,8%). Inversamente, no sexo masculino, apenas se assumiram como cuidadores os que habitavam na mesma casa do doente, em 38,7%, sendo a diferença estatisticamente significativa ($X^2=11.056$; $p=0.001$).

Em relação às habilitações académicas dos familiares de referência, verificamos que predominava o ensino básico (49%), seguido do ensino superior (26%) e com menos um ponto percentual o ensino secundário.

Relativamente ao estado laboral do familiar de referência, apuramos que a maioria da amostra se encontrava ativa (61,5%).

Ainda pela mesma tabela podemos verificar que uma grande maioria (cerca de dois terços) dos inquiridos não tinha contacto com a área da saúde (87,5%). Dos restantes 12,5% dos familiares com este atributo, registamos valores percentuais semelhantes em ambos os sexos. Apenas 9,4% da amostra vivenciou uma experiência anterior em Cuidados paliativos, não existindo diferenças entre o género.

Verificamos ainda que a maioria dos inquiridos reside em meio urbano (54,2%) e a minoria (45,8%) em meio rural, estando esta ruralidade mais associada ao sexo feminino (50,8%).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à caracterização sociodemográfica em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (31)	% (32.3)	Nº (65)	% (67.7)	Nº (96)	% (100)	Fem.	Masc.		
Idade/Grupo Etário										
≤ 64 anos	24	77.4	55	84.6	79	82.3	-0.9	0.9	0.746	0.388
≥ 65 anos	7	22.6	10	15.4	17	17.7	0.9	-0.9		
Grau Parentesco										
Esposo/a	10	32.3	16	24.6	26	27.1	0.8	-0.8	0.888	0.642
Filho/a	11	35.5	29	44.6	40	41.7	-0.8	0.8		
Outros	10	32.3	20	30.8	30	31.3	0.1	-0.1		
Estado Civil										
Sem companheiro/a	11	35.5	23	35.4	34	35.4	0.0	0.0	0.000	0.992
Com Companheiro/a	20	64.5	42	64.6	62	64.6	0.0	0.0		
Composição Agregado Familiar										
Um	7	22.6	4	6.2	11	11.5	2.4	-2.4		
Casal sem filhos	8	25.8	12	18.5	20	20.8	0.8	-0.8	10.908	0.011*
Casal com filhos	16	51.6	38	58.5	54	56.3	-0.6	0.6		
Família Monoparental	-	-	11	16.9	11	11.5	-2.4	2.4		
Residência casa doente										
Sim	12	38,7	33	50.8	45	46.9	-1.1	1.1	1.226	0.268
Não	19	61.3	32	49.2	51	53.1	1.1	-1.1		
Cuidador principal doente										
Sim	12	38.7	48	73.8	60	62.5	-3.3	3.3	11.056	0.001*
Não	19	61.3	17	26.2	36	37.5	3.3	-3.3		
Habilitações académicas										
Ensino básico	13	41.9	34	52.3	47	49.0	-1.0	1.0	3.866	0.145
Ensino secundário	6	19.4	18	27.7	24	25.0	-0.9	0.9		
Ensino superior	12	38.7	13	20.0	25	26.0	2.0	-2.0		
Estado Laboral										
Ativo	23	74.2	36	55.4	59	61.5	1.8	-1.8	3.135	0.077
Não ativo	8	25.8	29	44.6	37	38.5	-1.8	1.8		
Profissional ou estudante área da saúde										
Sim	5	16.1	7	10.8	12	12.5	0.7	-0.7	0.551	0.516
Não	26	83.9	58	89.2	84	87.5	-0.7	0.7		
Experiência Anterior CP										
Sim	4	12.9	5	7.7	9	9.4	0.8	-0.8	0.671	0.464
Não	27	87.1	60	92.3	87	90.6	-0.8	0.8		
Residência										
Meio Rural	11	35.5	33	50.8	44	45.8	-1.4	1.4	1.975	0.160
Meio Urbano	20	64.5	32	49.2	52	54.2	1.4	-1.4		

Em relação ao tempo de cuidador, os resultados revelaram que dos 60 familiares de referência que se assumiram como cuidadores principais (62,5%), o tempo mínimo de cuidados oscilou entre 1 mês e o máximo de 300 meses, a que correspondeu uma média de 19.1 meses (± 42.21 dp). Para estes valores muito contribuiu o sexo feminino, que dominou em relação ao cuidador principal: 48 elementos (73.8%). A maioria dos familiares inquiridos desempenhavam a função de cuidadores principais nos primeiros 6 meses (38.3%), seguido do período de 7 a 12 meses (33.3%) e por fim, 28.3% num período mais longo, dos 12 meses (até 300 meses). Como já referido, verificou-se a supremacia do sexo feminino nesta função em todos os períodos. A diferença encontrada entre o sexo e o tempo de Cuidador não foi estatisticamente significativa ($X^2=0.488$ e $p=0.780$).

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A colheita de dados foi suportada pelos seguintes instrumentos:

- **Questionário de dados Sociodemográficos:** Questionário had hoc, elaborado para o efeito, permitindo colher dados relativos à idade, sexo, parentesco, estado civil, composição do agregado familiar, residência na mesma casa do doente, assumir ou não o papel de cuidador principal do doente, escolaridade, estado laboral, profissional ou estudante da área da saúde, experiência anterior de internamento em CP e local de residência.

Escala FAMCARE: versão traduzida e adaptada para Portugal por Almeida, (2012) da escala FAMCARE de Kristjanson (1993) que avalia o grau de satisfação do familiar com os cuidados prestados ao doente internado em Unidades de Cuidados Paliativos.

A escala FAMCARE é uma medida de autorrelato, de fácil compreensão e preenchimento, constituída por 20 itens avaliando a satisfação em geral, a informação dada pelos profissionais de saúde, os cuidados psicológicos dados ao doente e às famílias, os cuidados técnicos prestados pelos profissionais de saúde, a comunicação, o alívio da dor, os cuidados psicossociais, a avaliação dos cuidados e os cuidados continuados (Almeida, 2012).

Estes encontram-se agrupados em quatro domínios.

- 1. Disponibilidade dos Cuidados** integrando os itens 6 (Disponibilidade de cama no hospital), 11 (Disponibilidade dos médicos para com a família), 12 (Disponibilidade das enfermeiras para com a família), e 20 (Disponibilidade do médico para com o doente);
- 2. Cuidados Físicos** integrando os itens 1 (O alívio da dor do doente), 5 (Referenciação para médicos de especialidade), 8 (Rapidez com que os sintomas são tratados), 10 (A forma como os exames e tratamentos são realizados), 14 (Tempo necessário para realizar o diagnóstico), 18 (Grau de profundidade com que o médico avalia os sintomas do doente) e 19 (Seguimento dado pelo médico em relação aos exames e tratamentos realizados);
- 3. Cuidados Psicossociais** integrando os itens 7 (Reuniões com os familiares para esclarecer a doença do doente), 9 (Atenção do médico relativamente à descrição que o doente faz dos seus sintomas), 13 (Articulação dos cuidados) e 15 (Forma como a família é incluída nas decisões sobre o tratamento e cuidados médicos);
- 4. Informação dada** integrando os itens 2 (Informação facultada sobre o prognóstico do doente), 3 (Respostas dos profissionais de saúde), 4 (Informação facultada sobre os efeitos secundários), 16 (Informação facultada sobre a gestão da dor do doente), 17 (Informação facultada sobre os exames realizados ao doente).

A resposta a cada um desses itens é feita através de uma escala likert de 5 pontos: 1-Muito Satisfeito; 2- Satisfeito; 3-Indeciso; 4- Insatisfeito, 5-Muito Insatisfeito. Uma baixa pontuação na escala FAMCARE indica um elevado grau de satisfação, por outro lado, uma alta pontuação indica um baixo nível de satisfação. A utilização desta escala permite, em certa medida, perceber o grau de satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos e em quais dimensões, estes se encontram mais satisfeitos/ insatisfeitos.

Em termos de propriedades psicométricas da escala FAMCARE nas diversas dimensões, foi feita a análise factorial do instrumento, verificando-se em termos de fidelidade, um coeficiente alpha de Cronbach de 0.965.

2.3 Análise estatística

Todos os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados foram objeto de tratamento estatístico, tendo sido processados através da utilização do programa informático Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 25 para Windows, após a criação da base de dados.

Utilizaram-se técnicas de Estatística Descritiva e de Análise Inferencial. Deste modo, na análise estatística descritiva recorreu-se a frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão ou variabilidade e, ainda, medidas de forma e medidas de associação como a correlação de Pearson. No que diz respeito à estatística Inferencial, foram aplicados testes paramétricos, nomeadamente: Teste T de Student e testes não paramétricos, como por exemplo: Teste U Mann-Whitney e Teste Kruskal – Wallis.

Foi também aplicado o teste do Qui-quadrado (χ^2), que é um teste estatístico não paramétrico, usado em variáveis de natureza nominal, quando se pretende estudar proporções.

Na análise estatística e inferencial consideraram-se os seguintes valores de significância: $p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa; $p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa; $p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa e $p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa.

2.4 Procedimentos

Foram cumpridos os procedimentos ético-legais necessários à realização do estudo. Foram solicitadas as devidas autorizações para a utilização do questionário, nas instituições onde foi aplicado o instrumento de colheita de dados. Após parecer favorável da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, foi obtido o consentimento informado com assinatura do formulário pelos participantes no estudo, que decorreu entre 23 de outubro de 2018 e 30 de junho de 2019.

3. RESULTADOS

As estatísticas relativas ao grau de satisfação com os cuidados prestados ao doente internado nas Unidades de Cuidados Paliativos, de acordo com a perceção dos familiares, revelam um score mínimo de satisfação de 23 e máximo de 83, correspondendo uma média de 40.50 ± 13.72 dp, conforme exposto na Tabela 2.

Em relação à dimensão da satisfação: Disponibilidade de cuidados, os valores variam entre o mínimo de 5 e máximo de 20 (média 8.83 ± 3.24 dp). No que concerne à dimensão Cuidados Físicos, os scores mínimos e máximos situam-se entre 7 e 25, com média de 12.67 e desvio padrão de ± 4.36 . Para a dimensão Cuidados Psicossociais encontramos um mínimo de 7 e um máximo de 26,

sendo a média de 12.36 e desvio padrão de ± 4.12 . Por fim, na dimensão Informação dada, os valores oscilam entre um mínimo de 4 e máximo de 14, correspondendo uma média de 6.62 ± 13.72 dp.

Considerando a *média itens por dimensão*, de um modo geral, podemos afirmar que os familiares se encontram mais satisfeitos com os Cuidados Físicos seguido da Informação dada e menos satisfeitos com a Disponibilidade de Cuidados, sendo a dimensão Cuidados Psicossociais aquela com pior atributo e que carece de maior intervenção por parte dos técnicos de saúde nomeadamente: Psicólogo e Assistente Social.

Tabela 2 – Estatísticas relativas à satisfação face aos cuidados prestados

Satisfação com os cuidados prestados	Min	Máx	M	D.P.	Média/ item	CV (%)	SK/erro	K/erro
Disponibilidade de cuidados	5	20	8.83	3.24	2.20	36.69	3.70	2.50
Cuidados Físicos	7	25	12.67	4.36	0.86	34.42	2.30	0.32
Cuidados Psicossociais	7	26	12.36	4.12	3.09	33.34	2.47	1.01
Informação dada	4	14	6.62	2.50	1.32	37.87	3.08	0.026
Total da satisfação	23	83	40.50	13.72	1.57	33.88	2.54	0.61

No que concerne às variáveis sociodemográficas que têm influência no grau de satisfação dos familiares de doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos, foi possível verificar o efeito de quatro dessas variáveis no grau de satisfação: composição agregado familiar, assumir o papel de cuidador principal, escolaridade, e exercer uma profissão relacionada com a saúde (conforme tabelas 3,4 e 5).

Na tabela 3 é possível verificar que a composição do agregado familiar condiciona o grau de satisfação do familiar de referência do doente internado em UCP, na dimensão disponibilidade de cuidados, sendo que o agregado que é constituído apenas por um elemento se encontra mais insatisfeito e o monoparental mais satisfeito. Na mesma tabela também é possível observar o efeito da variável escolaridade ao nível dos cuidados físicos, sendo que, a uma baixa escolaridade está associada um maior grau de satisfação.

Tabela 3 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões da Satisfação com os cuidados prestados (FAMCARE) e a composição do agregado familiar e escolaridade dos familiares.

Agregado Familiar	Um (11)	Casal sem filhos (20)	Casal com filhos (54)	Monoparental (11)	H	p
Satisfação com os cuidados Prestados (Dimensões escala FAMCARE)	OM	OM	OM	OM		
Dimensão1: <i>Disponibilidade dos Cuidados</i>	67.55	57.75	43.75	35.95	11.441	0.010
Dimensão 2: <i>Cuidados físicos</i>	62.55	53.75	46.00	37.18	5.866	0.118
Dimensão 3: <i>Cuidados Psicossociais</i>	60.82	54.80	46.09	36.55	5.706	0.127
Dimensão 4: <i>Informação dada</i>	57.86	56.40	45.03	41.82	4.526	7.217
Total da satisfação	63.30	55.10	45.56	35.95	0.210	0.065

Escolaridade	Ensino Básico (47)	Ensino Secundário (24)	Ensino Superior (25)	H	p
Satisfação com os cuidados Prestados (Dimensões escala FAMCARE)	OM	OM	OM		
Dimensão1: <i>Disponibilidade dos Cuidados</i>	46.03	43.06	58.36	4.532	0.104
Dimensão 2: <i>Cuidados físicos</i>	43.69	45.33	60.58	6.532	0.038
Dimensão 3: <i>Cuidados Psicossociais</i>	44.53	44.90	59.42	5.293	0.071
Dimensão 4: <i>Informação dada</i>	46.96	43.58	56.12	2.892	0.236
Total da satisfação	44.93	44.44	59.12	4.966	0.083

Assumir o papel de cuidador principal do doente, no global interfere positivamente da satisfação com os cuidados prestados ao doente em UCP. De todas as dimensões que integram esta dimensão, apenas a dimensão Informação, não apresenta um valor estatisticamente significativo (Cf.Tabela 4).

Tabela 4 – Resultados do Teste T de Student entre as dimensões da Satisfação com os cuidados prestados (FAMCARE) e assumir o papel de cuidador principal por parte do familiar de referência do doente.

Cuidador Principal Satisfação com os cuidados Prestados (Dimensões escala FAMCARE)	Sim (60)		Não (36)		Levene's p	t	p
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
Dimensão1: <i>Disponibilidade dos Cuidados</i>	8.01	2.36	10.19	4.01	0.005	-2.966	0.005
Dimensão 2: <i>Cuidados físicos</i>	11.65	3.35	14.39	5.29	0.010	-2.790	0.007
Dimensão 3: <i>Cuidados Psicossociais</i>	11.40	3.18	13.97	4.98	0.042	-2.778	0.008
Dimensão 4: <i>Informação dada</i>	6.18	2.24	7.36	2.79	0.295	-2.274	0.025
Total da satisfação	37.25	10.48	45.92	16.66	0.017	-2.805	0.007

Por último, verificamos que os familiares de referência com profissões relacionadas com a área da saúde influenciam negativamente o grau de satisfação com os cuidados prestados nas dimensões cuidados físicos e cuidados psicossociais (Cf.Tabela 5).

Tabela 5 – Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre as dimensões da Satisfação com os cuidados prestados (FAMCARE) e ser profissional na área da saúde.

Profissional Saúde	Sim (12)	Não (84)	Z	p
Dimensão1: <i>Disponibilidade dos Cuidados</i>	61.33	46.67	-1.728	0.084
Dimensão 2: <i>Cuidados físicos</i>	66.71	45.90	-2.443	0.015
Dimensão 3: <i>Cuidados Psicossociais</i>	66.00	46.00	-2.348	0.019
Dimensão 4: <i>Informação dada</i>	57.46	47.22	-1.218	0.223
Total da satisfação	64.25	46.25	-2.104	0.035

4. DISCUSSÃO

A amostra inquirida foi constituída por 96 familiares de referência de doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos, tendo-se apurado que estes de uma forma geral se encontravam satisfeitos com os cuidados prestados ao seu familiar. Estes resultados estão em consonância com os estudos portugueses nesta área, Capelas (2018) acrescenta ainda que os cuidadores informais dos doentes paliativos em Portugal, encontram-se globalmente satisfeitos com os cuidados prestados, mesmo com as condicionantes conhecidas do país.

Após ter-se analisado o grau de satisfação por cada uma das dimensões que a compõem, chegou-se à conclusão de que os familiares de referência se encontravam mais satisfeitos com a dimensão Informação dada e a dimensão dos Cuidados Físicos. Por outro lado, as dimensões dos Cuidados Psicossociais e Disponibilidade de Cuidados foram as que apresentaram um menor grau de satisfação, tendo em conta que uma alta pontuação na escala FAMCARE indica um baixo grau de satisfação.

Estes dados são congruentes com o estudo de Capelas (2018), em que a dimensão Disponibilidade de cuidados foi aquela que apresentou menor número de satisfeitos, indicando que itens como a *Disponibilidade de cama no hospital* e *Disponibilidade dos médicos para com a família* registaram alta pontuação na escala (maior insatisfação), o que segundo este autor, poderá relacionar-se com o inadequado rácio de recursos humanos e baixa cobertura de camas de CP em Portugal. Contudo, o item *Disponibilidade das Enfermeiras para com a família* foi o único que não apresentou nenhum cuidador insatisfeito, sendo a sua maioria satisfeito e tal poderá dever-se ao facto de sermos a classe profissional que mais tempo passamos junto do doente e família na prestação de cuidados diretos.

Em relação à influência das variáveis sociodemográficas no grau de satisfação dos familiares de referência com os cuidados prestados a doentes internados em UCP, verificou-se que a composição do agregado familiar condicionou o grau de satisfação do familiar de referência do doente internado em UCP na dimensão disponibilidade de cuidados, sendo que o agregado constituído apenas por um elemento se encontrou mais insatisfeito e o monoparental mais satisfeito.

Assumir o papel de cuidador principal do doente, interferiu positivamente no grau de satisfação com os cuidados prestados ao doente em UCP em todas as dimensões desta. Já familiares de referência com profissões relacionadas com a área da saúde influenciaram negativamente a avaliação do grau de satisfação com os cuidados prestados nas dimensões: cuidados físicos e cuidados psicossociais, tal facto poderá dever-se ao conhecimento de causa e expectativas elevadas por parte destes profissionais em relação aos cuidados prestados.

A escolaridade do familiar de referência interferiu no grau de satisfação com os cuidados prestados ao nível dos cuidados físicos, sendo que, a uma baixa escolaridade está associada a um maior grau de satisfação, Bica (2016) chegou a uma conclusão semelhante, na medida em que foram os inquiridos com 2º e 3º ciclos que se mostraram mais satisfeitos com os cuidados prestados.

Nas restantes variáveis sociodemográficas (sexo, idade, grau de parentesco, estado cívil, residência na mesma casa do doente, tempo de cuidador, deter uma atividade profissional, experiência anterior em CP, residência) não se evidenciaram diferenças estatísticas, pelo que estas não interferiram no grau de satisfação dos familiares de referência com os cuidados prestados ao doente internado em UCP. Neste âmbito destacamos que muitas vezes, as razões para tais diferenças no grau de satisfação, obedecem a um conjunto de avaliações subjetivas.

Ao contrário dos nossos resultados, Capelas (2018) sustentado pelos estudos de Almeida (2012), Bica (2016) e Gulbeyaz (2011), concluiu que cuidadores de doentes com maior idade apresentam maior satisfação global com os cuidados, explicando que a idade avançada associada a uma baixa literacia (comum nesta idade) faz com que estes se conformem com os cuidados, com a progressão da doença e a finitude da vida do familiar. Também Almeida (2012), Bica (2016) e Gulbeyaz (2011) no que concerne ao estado civil, aferiram que familiares com companheiro apresentam uma maior satisfação com os cuidados prestados, nas dimensões disponibilidade de cuidados e cuidados psicossociais. Almeida (2012) e Bica (2016) fazem ainda referência a mais uma variável sociodemográfica nas suas investigações: o sexo, pelo que apuraram que familiares do sexo masculino mostraram um nível mais baixo de satisfação em relação aos cuidados prestados em Cuidados Paliativos, enquanto as mulheres se encontravam mais satisfeitas (sobretudo nos cuidados psicossociais); estas fazem referência à prevalência do sexo feminino como cuidadoras informais do doente em CP, como justificativa.

Bica (2016) averiguou que familiares de referência em situação profissional não ativa detinham um grau de satisfação mais elevado em todas as dimensões da FAMCARE o que pode estar associada à exaustão do cuidador, visto um grande número de familiares de referência não terem uma profissão ativa para poderem cuidar do doente e com o internamento do seu familiar sentem um maior apoio por parte dos profissionais que compõem a equipa de CP. Por outro lado, Almeida (2012) chegou a um resultado contrário, o que mais uma vez reforçar a componente subjetiva desta avaliação.

CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu perceber, de forma concertada, o grau de satisfação dos familiares de doentes internados em UCP com os cuidados prestados. De referir a satisfação com os cuidados prestados quando prestados pelos próprios familiares. Estes estão mais satisfeitos nas dimensões Informação dada e Cuidados Físicos e menos satisfeitos nos Cuidados Psicossociais. Apesar destes resultados positivos, sugerimos a necessidade de se continuar a investir no apoio à família (incidindo no familiar de referência) do doente em CP para que estes se sintam verdadeiros parceiros e mediadores nos cuidados, tendo um papel ativo nos cuidados que são prestados ao doente.

O Enfermeiro assume aqui um papel fundamental pois é o profissional que mais tempo passa com o doente e família e na sua intervenção deve adequar a sua prática às necessidades do doente mas também da família e isso passa pela informação dada (onde se enquadram as competências comunicacionais), pela disponibilidade às suas solicitações, pelos cuidados físicos para com o doente e mesmo quando não for da sua área de competência, saber encaminhar e guiar o familiar que se encontra “perdido” pelo turbilhão de emoções que vivencia, contribuindo para a melhoria do da satisfação com os cuidados, que é um importante indicador de qualidade dos mesmos.

Variáveis sociodemográficas (composição do agregado familiar, escolaridade, entre outras), variáveis relacionadas com o grau de satisfação com os cuidados prestados devem ser tidas em conta quando planeados os CP diferenciados ao doente e sua família por toda a equipa, em particular pela equipa de Enfermagem, que deve estar empenhada na melhoria contínua e no empoderamento do nosso alvo de cuidados, devendo para isso assumir uma atitude proactiva de autocapacitação, investindo numa formação contínua ao longo da sua vida profissional.

Recomendamos também a realização de mais estudos de investigação sobre este tema e onde possam ser adicionadas novas variáveis (ex. tempo de dependência do doente, estado civil do doente, entre outras), com amostras representativas desta população de forma a que seja possível generalizar e consolidar conhecimentos de forma a que ocorra uma melhoria nas nossas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2012). A família em cuidados paliativos avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6832>.
- Anderson, E. W., Fornel, C. & Lehmann, D. R. (1994). *Customer satisfaction, market share and profitability: Findings From Sweden*. Journal of Marketing, 58, 53-66.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2016). Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. Acedido em http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf

- Bica, I. Cunha, M., Andrade, A., Dias, A., & Ribeiro, O. (2016) *O doente em Situação Paliativa: implicações da funcionalidade familiar na satisfação dos familiares face aos cuidados de saúde*. Viseu. Revista Servir, 4, 31-35.
- Capelas, M. (2014). *Indicadores de Qualidade Para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Universidade Católica Editora. 295p. ISBN:978-972-54-0408-9.
- Capelas, M. (2018). *Caracterização e Satisfação dos Cuidadores Informais. Relatório de Outono 2018*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em <http://www.apcp.com.pt/noticias/relatorio-do-observatorio-portugues-de-cuidados-paliativos-outono-2018-caracterizacao-e-satisfacao-dos-cuidadores-informais.html>.
- Gonçalves, Alves, & Ramos, (2010). *Plano Nacional de saúde 2011-2016: Análise especializada Cidadania e saúde um caminho a percorrer*. Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Guarda, H.; Galvão, C.; Gonçalves, M. (2010). Apoio à família *In* Barbosa, A., & Neto I. G. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN 978-972-9349-22-5.
- Guimarães, M. C. V. (2009). *Satisfação do Utente e Qualidade Apercebida – Avaliação no Centro de Saúde de Aldoar*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Gulbeyaz, C. (2011). *A psychometric validation study of the quality of life and Famcare scales in Turkish cancer family caregivers*. Spring Science+Business Media B. V. 2011. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21347572>
- Hespanhol, A., Vieira, A., & Pereira, A. C. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 363-372.
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP) (2018) – Relatório de Outono de 2018, secção Caracterização e Satisfação dos Cuidadores Informais. Universidade Católica: Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em <https://www.apcp.com.pt/noticias/relatorio-do-observatorio-portugues-de-cuidados-paliativos-outono-2018-caracterizacao-e-satisfacao-dos-cuidadores-informais.html>.
- Oliveira, J. B. (2013). Comunicação em Cuidados Paliativos - a informação como um processo e não um ato. *Revista Ciências em Saúde*, 3(3), 1-10.
- Ribeiro, M. (2008). Satisfação dos utentes face ao cuidar dos enfermeiros no serviço de urgência de Machico. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1557/1/SILVA%20Melania%20Cristina%20Correia,%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20doente%20card%C3%ADaco%20com%20os%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>.

Millenium, 2(ed espec nº 5), 219-224.

pt

A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA: ENQUADRAMENTO DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CANCER REHABILITATION: FRAMING THE ROLE OF THE REHABILITATION NURS

LA REHABILITACIÓN DE LA PERSONA CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: ENCUADRAMIENTO DE LA ACTUACIÓN DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

Catarina Rodrigues¹

Bárbara Gomes²

Carlos Albuquerque³

¹ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem do Porto, UNIESEP/CINTESIS, Porto, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

Catarina Rodrigues - acataryn@gmail.com | Bárbara Gomes - bgomes@esenf.pt | Carlos Albuquerque - cmalbuquerque@gmail.com



Autor Correspondente

Catarina Rodrigues

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE

Unidade Hospitalar de Vila Real

Av. Noruega - Lordelo

5000-508 Vila Real – Portugal

acataryn@gmail.com

RECEBIDO: 09 de março de 2020

ACEITE: 07 de abril de 2020

RESUMO

Introdução: As inovações ocorridas nas últimas décadas nas diferentes modalidades terapêuticas, onde se destacam as estratégias de tratamentos usadas na doença oncológica, têm acarretado um interesse progressivo pelo tema da reabilitação na pessoa com cancro, pois trata-se de uma população específica e com necessidades únicas.

Objetivos: Esta revisão tem como intuito refletir sobre o esforço realizado pela enfermagem de reabilitação, no sentido de delinear o seu papel na reabilitação da pessoa com cancro. Esta reflexão engloba quer a prática clínica especializada, quer a educação, investigação e o papel das organizações profissionais.

Métodos: Realizada uma revisão narrativa da literatura.

Resultados: O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) possui competências para prestar cuidados a pessoas acometidas por doença oncológica com limitações no seu autocuidado, redução da mobilidade e da participação social, em situações transitórias ou irreversíveis de doença, bem como nas limitações resultantes do próprio envelhecimento.

Conclusões: A intervenção do EEER neste contexto específico da prática, contribui para o controlo de sintomas, minimiza as manifestações da doença oncológica e/ou as sequelas associadas ao seu tratamento e promove a autonomia. Assim, auxilia as pessoas a viver com sentido e com qualidade de vida, em todas as fases da sua doença, podendo esta ser transitória, avançada e progressiva ou irreversível.

Palavras-chave: enfermeiro de reabilitação; enfermagem; reabilitação; cancro

ABSTRACT

Introduction: The innovations that happened in the last decades in the different therapeutic modalities, in which the treatment strategies used in the oncological disease stood out, are associated with a growing interest for the potentiality of rehabilitation in the person who has been diagnosed with cancer, since they are part of a specific population with particular needs.

Objetives: The goal of this review is to consider the effort made by rehabilitation nursing to plan its part in the rehabilitation of cancer patients. This reflection includes specialized clinical practice, education, investigation and a description of the professional organizations' role.

Methods: A narrative review was performed.

Results: Rehabilitation Nurses (RN) have the skills to provide care to people diagnosed with oncological disease with limitations in their self-care, reduced mobility and social interactions, in transient or irreversible stages of the disease, as well as with normal limitations resulting from aging.

Conclusions: The intervention of RN, in this practical context, contributes to symptom control, minimizes the manifestations of the oncological disease and/or the sequels associated with treatments and promotes autonomy. At the same time, RN intends to help people live with meaning and quality of life, in all stages of the disease, may this be temporary, advanced and progressive or irreversible.

Keywords: rehabilitation nurse, nursing; rehabilitation; cancer

RESUMEN

Introducción: Las innovaciones que se han producido en las últimas décadas, en las diferentes modalidades terapéuticas, en donde se destacan las estrategias de tratamiento utilizadas en enfermedades oncológicas, han llevado a un interés progresivo en el tema de la rehabilitación en personas con cáncer, ya que se trata de una población específica y con necesidades únicas.

Objetivos: Esta revisión tiene como objetivo reflexionar sobre el esfuerzo realizado por la enfermería de rehabilitación, con el fin de describir su papel en la rehabilitación de las personas con cáncer. Esta reflexión, abarca tanto la práctica clínica especializada, la educación, la investigación y el papel de las organizaciones profesionales.

Métodos: Se ha procedido a una revisión narrativa de la bibliografía.

Resultados: El Enfermero Especialista en Enfermería de Rehabilitación (EEER) tiene competencias para proporcionar cuidados a personas con enfermedades oncológicas que tengan limitaciones en su autocuidado, movilidad reducida y en la participación social, en situaciones de enfermedad transitoria o irreversible, así como las limitaciones resultantes del propio envejecimiento.

Conclusiones: La intervención del EEER en este contexto específico de la práctica, tiene como objetivo contribuir al control de los síntomas, minimizar las manifestaciones de la enfermedad oncológica y/o las secuelas asociadas a su tratamiento y promover la autonomía. Por lo tanto, ayuda a las personas a vivir con sentido y calidad de vida, en todas las etapas de su enfermedad, pudiendo ser transitoria, avanzada y progresiva o irreversible.

Palabras Clave: enfermero de rehabilitación; enfermería; rehabilitación; cáncer

INTRODUÇÃO

Atualmente o cancro é considerado um fenómeno preocupante do ponto de vista da saúde pública e epidemiológico, pois os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) evidenciam, a nível mundial, 18 milhões de novos casos, sendo 23,4% na Europa. Esta patologia surge, globalmente, como a segunda causa de morte e foi responsável por 9,6 milhões de óbitos em 2018, verificando-se que os tumores malignos ocorrem mais frequentemente a nível do pulmão, mama, colorretal, próstata, pele (não melanoma) e estômago. Em Portugal, a incidência da doença oncológica aumenta, em média, cerca de 3% por ano, tendo-se observado 50 000 novos casos em 2018 (OMS, 2018).

Os sobreviventes de cancro, para além de serem uma população em crescimento, possuem um conjunto de necessidades físicas e psicossociais muito particulares, resultantes da doença oncológica ou dos efeitos adversos associados às diferentes modalidades terapêuticas (Reigle, Campbell, & Murphy, 2017), que podem impactar de forma significativa a qualidade de vida. Portugal tem atualmente cerca de 500 mil sobreviventes de cancro (Liga portuguesa contra o Cancro, 2017).

A Reabilitação é considerada um serviço de saúde essencial para indivíduos com uma ampla variedade de condições de saúde, ao longo do ciclo de vida e durante todas as fases de tratamento. Esta especialidade foca-se no funcionamento da pessoa e não na sua doença, dando ênfase à educação e capacitação da mesma, de forma a que esta possa gerir a sua condição de saúde, adaptar-se à sua situação e permanecer o mais independente e ativa possível (OMS, 2019). A intervenção do enfermeiro de cuidados gerais engloba o cuidado com a vertente reabilitativa, porém compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) intervir de acordo com as suas competências específicas. A Enfermagem de Reabilitação não se reduz a uma especialidade das Ciências de Enfermagem, pois assume-se como uma filosofia de prestação de cuidados, impregnada de um espírito que demonstra um verdadeiro interesse pela pessoa, sem a diminuir à sua condição de saúde ou às suas características (Santos, Pêla, Ferreira, & Trindade, 2014).

O EEER tem um papel a cumprir na equipa multidisciplinar, pois esta deve estar dotada de recursos diferenciados, de forma a oferecer à pessoa uma autêntica combinação de competências. Assim, através desta revisão narrativa da literatura, pretendemos aprofundar os conceitos da enfermagem de reabilitação no âmbito específico da assistência em oncologia, e simultaneamente, refletir sobre a prática clínica especializada, a educação, investigação e o papel das organizações profissionais.

1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Os tratamentos oncológicos podem provocar uma morbilidade importante e esta surge durante a fase ativa de tratamento ou meses ou anos após o seu término (American Cancer Society- ACS, 2016). Dentro dessas morbidades podemos destacar a fadiga, o linfedema, a dor, as neuropatias periféricas, o desequilíbrio, alterações da mobilidade, disfunção intestinal ou vesical, disфонia e outras alterações da comunicação, disfagia, disfunção sexual, problemas de ordem cognitiva e psicossocial, entre outras (Silver, Baima, & Mayer, 2013 cit. por Alfano & Pergolotti, 2018; ACS, 2016), sendo que uma intervenção específica no âmbito da reabilitação tende a ser favorável na sua maioria (Alfano, Cheville, & Mustian, 2016 cit. por Reigle, et al., 2017). Atualmente, de acordo com Reigle, Campbell, e Murphy (2017), a maioria dos modelos de prestação de cuidados não integram cuidados específicos no âmbito da reabilitação durante a trajetória de tratamento da doença oncológica. Ou então, segundo outros autores, os cuidados de reabilitação que amenizam efetivamente a deficiência física ou previnem a incapacidade, são subutilizados de forma importante em todas as fases de tratamento (Morris et al., 2016).

A integração da Reabilitação na trajetória de tratamento da doença oncológica

A Reabilitação, sendo uma especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite auxiliar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. Assim, o seu intuito é melhorar a funcionalidade, promover a independência e ainda a máxima satisfação da pessoa, preservando a autoestima (Regulamento nº 392/2019). Hesbeen (2003), defende que esta disciplina é o testemunho de um espírito peculiar pelo interesse demonstrado pelo futuro da pessoa, ainda que a cura ou a reparação do seu corpo não seja de todo possível. Assim, a reabilitação combina uma disciplina e um espírito cuja finalidade é trabalhar em prol da pessoa e das populações portadoras de uma incapacidade ou deficiência, de forma a que sejam o mais independentes possível tendo em conta as situações presentes no seu quotidiano, dando mais vida ao tempo que passa (Hesbeen, 2003).

Independentemente do prognóstico da doença oncológica, Reigle et al. (2017), afirmam que os indivíduos com potencial de recuperação devem ser incluídos na reabilitação de índole preventiva, reestruturante, de suporte ou paliativa. A reabilitação em situação de doença oncológica é definida como um cuidado que deve ser integrado ao longo do período de tratamento do cancro. Este deve ser realizado por profissionais treinados em reabilitação, que orientam a sua prática no sentido de diagnosticar e tratar as complicações de ordem física, psicológica e cognitiva, associadas à patologia e aos seus tratamentos, com o intuito de recuperar a função, reduzir a multiplicidade de sintomas, maximizar a independência e incrementar a qualidade de vida nesta população tão complexa, do ponto de vista médico (Silver & Mayer, 2013 cit. por Reigle et al., 2017).

De acordo com Alfano e Pergolotti (2018), este é um momento crítico no que respeita à reabilitação na doença oncológica, pois a mudança de paradigma para a prestação de cuidados baseada em valores e a necessidade de identificar as intervenções que

melhorem os resultados da pessoa, enquanto se reduzem os custos, tem aumentado o interesse em colocar a par a reabilitação com o tratamento oncológico. Atualmente, são necessários 4 esforços sinérgicos para incluir os cuidados de reabilitação como parte integrante do tratamento da doença oncológica: (1) implementar um modelo prospetivo de vigilância da reabilitação no tratamento do cancro, avaliando e referenciando as pessoas com doença oncológica para os cuidados de reabilitação desde o diagnóstico; (2) realizar uma avaliação, no domínio da reabilitação, que englobe a pessoa na sua totalidade, incluindo a funcionalidade, incapacidade e a saúde, e os objetivos devem focar-se em maximizar a funcionalidade e atividade e melhorar a capacidade da pessoa para participar plenamente no trabalho, lazer e no desempenho de outros papéis; (3) definir a intensidade e as intervenções no âmbito da reabilitação, que devem ser adaptadas em função da informação clínica, fisiológica, psicossocial e dados obtidos a partir da pessoa, e perceber se o intuito é recuperar a função, melhorar a participação e/ou prevenir os efeitos tardios associados aos tratamentos; e por fim (4), desenvolver diferentes tipos de estudos, com novos objetivos, destacando a eficácia e término do tratamento oncológico, a prevenção dos efeitos tardios do tratamento, a participação da pessoa na atividade laboral e a utilização ulterior dos cuidados de saúde e respetivos custos, que possam demonstrar o valor da reabilitação na pessoa com diagnóstico de cancro (Alfano & Pergolotti, 2018).

A atuação do EEER na pessoa com doença oncológica

A Reabilitação pode ser entendida como um processo, que surge enquadrado no seio da equipa interdisciplinar, e inclui o conhecimento da enfermagem, com especial destaque para o EEER. O conhecimento aprofundado do enfermeiro especialista traduz-se, no caso do EEER, por competências específicas em diferentes domínios: no cuidado de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; na capacitação da pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania; e na maximização da funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento nº 392/2019).

O core da atividade do EEER é constituído pelo potencial funcional e pela independência. Contudo, espera-se um cuidado holístico por parte destes profissionais, que considere a Pessoa um ser único, num contexto específico e com as suas crenças e particularidades (Caldeira, 2016). Os conhecimentos e as competências especializadas destes enfermeiros, na área da reabilitação, estão dirigidas à recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade da pessoa com necessidades especiais. O EEER, através da sua atividade, tem como objetivo recuperar e capacitar a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que acarrete défices funcionais de natureza ortopédica, músculo-esquelética, cardiovascular e respiratória (Regulamento nº 392/2019). No entanto, estes profissionais são detentores de uma variedade de competências, que ultrapassam a intervenção ao nível funcional, e que lhes permite promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado, facilitando os processos de transição saúde/doença e capacitam a pessoa e o cuidador para a reinserção social. Assim, permitem melhorar a qualidade de vida, partindo do incremento da funcionalidade e da autonomia, envolvendo a dimensão social e emocional (Pestana, 2016).

Na perspetiva de Reigle et al. (2017), a reabilitação na doença oncológica implica uma abordagem multidisciplinar de forma a garantir a qualidade dos cuidados para a pessoa com cancro. Surge então a necessidade de ter conhecimentos no domínio da biopatologia do cancro, sobre as morbilidades resultantes dos tratamentos e saber identificar quais as morbilidades associadas à doença ou aos seus tratamentos que são passíveis de cuidados de reabilitação. Desta forma, o papel do EEER na reabilitação da pessoa com doença oncológica é similar ao das outras populações: presta cuidados diretos baseados na evidência, apoio psicossocial, educação da pessoa/família, gestão de cuidados e a promoção da saúde, ao longo do percurso de tratamento, sendo uma abordagem consistente com o modelo de competências, independentemente do diagnóstico da pessoa.

Hesbeen (2003), defende que a reabilitação, assumindo as suas diversas particularidades, torna-se um contexto propício ao desenvolvimento e à afirmação da enfermagem, permitindo ainda uma renovação de todos os modelos de prática de cuidados.

O contributo do modelo teórico de Orem

Um dos modelos teóricos que tem sustentado os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação é o do Déficit de Autocuidado da Teoria de Enfermagem de Orem (1971), que engloba três teorias interrelacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Nesta teoria, o autocuidado é percebido como uma capacidade ou condição humana reguladora, com tríplice característica: universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001). Considerando a perspetiva da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, que estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, a capacitação da pessoa é planeada de forma sistémica e as intervenções podem ser compensatórias, parcialmente compensatórias ou educativas, em resposta às necessidades de autocuidado. As intervenções compensatórias são percebidas como realizadas exclusivamente pelos enfermeiros, enquanto que as intervenções parcialmente compensatórias são executadas com a participação da pessoa e as de índole educativa incluem toda a instrução, apoio ou informação necessária à capacitação para o autocuidado (Reis & Bule, 2016; Petronilho & Machado, 2016).

Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação

A enfermagem de reabilitação contribui para a obtenção de ganhos em saúde, sendo que o EEER, através das suas intervenções, é o responsável por esse fenómeno (APER, 2010). De forma a poderem comunicar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, estes profissionais monitorizam a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e realizando os ajustes necessários, o que lhes possibilita analisar a eficácia das atividades realizadas (Ordem dos Enfermeiros – MCEER, 2015a).

A Ordem dos Enfermeiros definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, de forma a elaborar um instrumento para a promoção e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação, que se torna ainda um referencial para a reflexão sobre a prática especializada. Este processo de melhoria contínua incentiva os EEER a alcançar metas cada vez mais ambiciosas, enquanto almejam atingir a excelência do exercício profissional especializado em Enfermagem de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros – MCEER, 2018). Em consequência desse trabalho, foram elaborados os bilhetes de identidade dos indicadores do “Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação” (aprovado em assembleia da MCEER em 2015), onde se incluíram indicadores sensíveis aos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER) e indicadores não sensíveis, contudo pertinentes no contributo para os resultados sensíveis aos CEER e resultantes de intervenções não específicas do campo de atuação do EEER. Este documento foi desenvolvido de forma a ajudar na tomada de decisão dos EEER e garantir a efetividade da sua prática, e assim promover mais e melhor saúde para a população e influenciar as políticas de saúde, uma vez que se torna um instrumento singular e efetivo na demonstração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao colocar em evidência os resultados da prática especializada (Ordem dos Enfermeiros – MCEER, 2018).

Assim, o EEER, entre os diferentes profissionais que integram a equipa de reabilitação, possui competências específicas que lhe permite conceber, implementar e avaliar planos de intervenção no âmbito da sua área de atuação, resultando ganhos em saúde consideráveis, tornando-se desta forma imprescindível a presença destes profissionais em todos os contextos da prática clínica (Pestana, 2016), nomeadamente em Oncologia.

CONCLUSÕES

No que respeita à Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, tendo em conta a abrangência da mesma e a necessidade dos cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes, bem como o desenvolvimento do conhecimento, é indispensável integrar continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, direcionada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Acresce ainda a necessidade de participar em projetos de investigação com o intuito de aumentar o conhecimento e o desenvolvimento de competências próprias desta área de especialidade em enfermagem.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, consideramos que a temática da reabilitação na pessoa com doença oncológica é um assunto atual, que carece ainda de ser estudado e desenvolvido, até pelas previsões crescentes do número de sobreviventes de cancro nas próximas décadas. A Enfermagem enquanto ciência, e particularmente a especialidade em enfermagem de reabilitação, não pode ficar alheia a esta problemática, sendo necessário produzir conhecimento que possibilite uma prática especializada baseada na evidência e uma prestação de cuidados de qualidade a esta população específica e tão singular, com evidentes ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfano, C. M., & Pergolotti, M. (2018). Next-Generation Cancer Rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 43(4), 186–194. DOI <https://doi.org/10.1097/rnj.000000000000174>
- American Cancer Society (2016). *Cancer treatment and survivorship: Facts and figures 2016-2017*. Atlanta, GA. Acedido em <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2016-2017.pdf>;
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) (2010). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Acedido em <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Caldeira, S. (2016). *A Espiritualidade nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação* in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 9789898075-73-4
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN – 972-8383-43-6

- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2017). Portugal tem 500 000 sobreviventes de cancro e 100 000 doentes em tratamento. Acedido em <https://www.ligacontracancro.pt/clipping/detalhe/url/portugal-tem-500-mil-sobreviventes-de-cancro-e-100-mil-doentes-em-tratamento/>
- Morris, G. S., Raj, V. S., Rowland, J., Chan, L., Stout, N. L., Gilchrist, L., ... Cheville, A. (2016). Toward a National Initiative in Cancer Rehabilitation: Recommendations From a Subject Matter Expert Group. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(11), 2006–2015 DOI. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.05.002>
- Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) (2018). Bilhetes de Identidade dos Indicadores do Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros - Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (24 de Jan de 2015). Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação (PQCER). Lisboa. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Orem, D., Taylor, S., & Renpenning, K. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St Louis, MO: Mosby. ISBN - 9780323008-64-8
- Pestana, H. (2016). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 9789898075-73-4
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). *Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação in Marques-Vieira, C. & Sousa, L.. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 9789898075-73-4
- Regulamento nº 392/2019. Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>
- Reigle, B., Campbell, G., & Murphy, K. (2017). *Cancer Rehabilitation and the Role of the Rehabilitation Nurse*. ARN. Acedido em https://rehabnurse.org/uploads/membership/FINAL_CANCER_REHAB_POSITIO_N_PAPER.pdf
- Reis, G., & Bule, M. J. (2016). *Capacitação e Atividade de Vida in Marques-Vieira, C. & Sousa, L. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 9789898075-73-4
- Santos, A., Pêla, J., Ferreira, M., & Trindade, N. (2014). *O Papel da Enfermagem de Reabilitação nos Cuidados Paliativos in Costa, A. & Othero, M. Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures: Lusodidacta. ISBN – 9789898075-41-3
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019). *Rehabilitation in health systems: guide for action*. Genebra. ISBN 978–92–4–151598–6. Acedido em <https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) – *Cancer*. World Health Organization Web site. Acedido em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Millenium, 2(12), 225-231.

pt

GANHOS EM INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL COMO PROMOTOR DA QUALIDADE DE VIDA
GAINS IN FUNCTIONAL INDEPENDENCE AS A PROMOTER OF QUALITY OF LIFE
GANANCIAS EN INDEPENDENCIA FUNCIONAL COMO PROMOTOR DE CALIDAD DE VIDA

Paula Cristina Saraiva¹
Sérgio Manuel Anunciação¹
Carlos Manuel Pontinha¹
Isabel Maria Neves¹
Ana Rita Batista¹
Gina Isabel Monteiro¹

¹Unidade de Saúde Local da Guarda, Guarda, Portugal

Paula Cristina Saraiva - paulasaraiva@ulsguarda.min-saude.pt | Sérgio Manuel Anunciação - caseiro.sergio@gmail.com |
Carlos Manuel Pontinha - carlospontinha1@gmail.com | Isabel Maria Neves - ef_isabel@hotmail.com | Ana Rita Batista - enritabatista@gmail.com |
Gina Isabel Monteiro - ginamonteiro@gmail.com



Autor Correspondente

Paula Cristina Dias Rocha Cavaleiro Saraiva
Unidade de Saúde Local da Guarda
Av. Rainha D. Amélia
6301-857 Guarda
paulasaraiva@ulsguarda.min-saude.pt

RECEBIDO: 26 de janeiro de 2020
ACEITE: 17 de março de 2020

RESUMO

Introdução: A intervenção do enfermeiro de reabilitação é um aspeto determinante na melhoria da independência funcional e da qualidade de vida dos doentes. Partindo desta premissa, foi criado o Projeto “Habilitar”, que visa de uma forma sistematizada, promover o ensino, instrução e treino aos doentes submetidos a Artroplastia Total da Anca (ATA) e Artroplastia Total do Joelho (ATJ), com a finalidade de dar um contributo efetivo na recuperação funcional do doente do foro ortopédico.

Objetivo: Analisar os ganhos de independência funcional nos doentes submetidos a programa de reabilitação motora pós cirurgia.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de natureza quantitativa. Foram incluídos os doentes submetidos a ATA e ATJ programadas, entre 1 de junho de 2017 e 30 de março de 2019. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o Índice de Barthel, que foi aplicado em três momentos.

Resultados: Foram abrangidos pelo projeto 144 doentes, tendo-se verificado uma recuperação da independência funcional, traduzida pela evolução do score do Índice de Barthel (pré-internamento: 97.5; 2º dia de Pós-operatório: 61.8; dia da alta: 89.8; 1º mês após a cirurgia: 96.8; 3º mês após a cirurgia: 98.9).

Conclusões: A implementação deste projeto tem permitido capacitar o doente, o mais precocemente possível, maximizando o seu potencial funcional e de independência, de modo a facilitar a sua reintegração na sociedade, com contributos inequívocos para a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: potencial funcional; independência; reabilitação

ABSTRACT

Introduction: The role of the rehabilitation nurse is a determining aspect to improve the patient's functional independence and quality of life. The “Habilitar” Project was created, aiming to promote teaching, instructing and training the patients undergoing Total Hip Arthroplasty (THA) and Total Knee Arthroplasty (TKA), hence contributing to the functional recovery of the orthopedic patient.

Objective: Analyzing the functional independence gains in patients undergoing postoperative motor rehabilitation program.

Methods: Descriptive, retrospective, quantitative study. Patients undergoing scheduled THA and TKA between June 1st, 2017 and March 30th 2019 were included. The data collection instrument was the Barthel Index, which we applied at three diverse time points.

Results: One hundred and forty-four patients were included, with a clear recovery of functional independence, reflected by the evolution of the Barthel Index score (pre-hospitalization: 97.5; 2nd postoperative day: 61.8; discharge day: 89.8; 1st month after surgery: 96.8; 3rd month after surgery: 98.9).

Conclusions: This project has enabled the patient to be trained as early as possible, maximizing their functional and independence potential, and facilitating their reintegration into society, with benefits in quality of life.

Keywords: functional potential; independence; rehabilitation

RESUMEN

Introducción: La intervención de la enfermera de rehabilitación es un aspecto determinante para mejorar la independencia funcional y la calidad de vida de los pacientes. En base a esta premisa, se creó el Proyecto "Habilitar", que tiene como objetivo promover sistemáticamente la enseñanza, instrucción y la capacitación de pacientes sometidos a artroplastia total de cadera (ATC) y artroplastia total de rodilla (ATR), con el propósito de hacer una contribución efectiva a la recuperación funcional del paciente ortopédico.

Objetivo: Analizar las ganancias en independencia funcional en pacientes sometidos a un programa de rehabilitación motora postoperatoria.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo. Se incluyeron los pacientes sometidos a ATC y ATR programados entre el 1 de junio de 2017 y el 30 de marzo de 2019. El instrumento de recopilación de datos utilizado fue el Índice de Barthel, que se aplicó en tres puntos temporales.

Resultados: Ciento cuarenta y cuatro pacientes fueron incluidos en el proyecto, con recuperación de la independencia funcional, reflejada por la evolución de la puntuación del Índice de Barthel (prehospitalario: 97.5; segundo día postoperatorio: 61.8; día del alta: 89.8; primer mes después de la cirugía: 96.8; tercer mes después de la cirugía: 98.9).

Conclusiones: La implementación de este proyecto ha permitido capacitar al paciente lo antes posible, maximizando su potencial funcional e independiente, para facilitar su reintegración en la sociedad, con contribuciones inequívocas para mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave: potencial funcional; independencia; rehabilitación

INTRODUÇÃO

No âmbito da prestação de cuidados de saúde, a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação constitui-se como um aspeto fundamental que contribui de forma inequívoca para a melhoria da independência funcional e consequentemente, da qualidade de vida dos doentes.

Partindo desta premissa, foi criado no Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Guarda, o Projeto “Habilitar”, dirigido ao doente do foro ortopédico em contexto hospitalar, abrangendo especificamente os doentes submetidos a Artroplastia Total da Anca (ATA) e Artroplastia Total do Joelho (ATJ), no sentido de dar um contributo efetivo na sua recuperação funcional através de uma sistematização de ações que passam pelo ensino, instrução e treino ao longo de todo o processo.

O principal objetivo deste estudo é analisar os ganhos de independência funcional nos doentes submetidos a programa de reabilitação motora pós cirurgia (ATA e ATJ).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com o regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio), a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação é um aspeto determinante na melhoria da independência funcional e consequentemente da qualidade de vida dos doentes. Com o intuito de dar uma contribuição efetiva para a recuperação funcional do doente, em contexto hospitalar, surgiu o Projeto “Habilitar” que visa, de uma forma sistematizada, promover o ensino, instrução e treino aos doentes submetidos a ATA e ATJ. Este projeto contempla uma abordagem estratégica em contexto de pré operatório no domicílio e pós operatório no serviço de internamento, sendo feita uma sistematização de intervenções, que incluem o ensino, instrução e treino relativamente aos cuidados a ter após a cirurgia, a visualização de vídeos, a entrega de folhetos informativos, o treino efetivo de exercícios músculo-articulares, e o treino de marcha com ajuda técnica. Estas intervenções são dirigidas ao doente submetido a ATA e ATJ e ao cuidador informal, no sentido de ajudar na recuperação da sua independência funcional e readaptação social, dando assim um importante contributo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Desta forma, o programa de reabilitação orientado para o doente, ao objetivar a mobilização precoce da articulação intervencionada, e o fortalecimento da musculatura envolvida, pretende capacitá-lo, enfatizando a gestão dos autocuidados, no sentido da aquisição da máxima autonomia funcional, bem como a prevenção de complicações no pós-operatório (Flamínio, 2018; Calado, 2017; Gomes, 2014).

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo de natureza quantitativa.

2.1 População e Amostra

No serviço de Ortopedia, no período compreendido entre 1 de junho de 2017 e 30 de março de 2019, foram abrangidos pelo projeto 144 doentes.

Foram incluídos todos os doentes submetidos a ATA e ATJ programadas, abrangidos pelo plano de SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), internados no Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), no período referido.

O tipo de amostragem efetuado foi não probabilística por conveniência.

A totalidade da amostra (100%) usufruiu de uma visita domiciliária e de consulta de follow up nos dois momentos estabelecidos.

2.2 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

O método de recolha de dados teve por base a aplicação de um questionário que integra a Escala de Barthel. O preenchimento do questionário foi da responsabilidade dos investigadores.

Com o intuito de monitorizar a evolução do desempenho dos doentes nas atividades de vida diária aplicou-se a Escala de Barthel, de forma sistematizada, tendo sido feitas várias avaliações sequenciais, designadamente: no pré-internamento (na visita domiciliária, cujo tempo que antecede a cirurgia varia entre os 2 e 4 dias), ao 2º dia de pós-operatório, no momento da alta, e nos 1º e 3º meses após a cirurgia (em consultas de follow up telefónico).

De realçar que foram cumpridos os procedimentos Ético-legais da ULSG e obtido parecer favorável pela Comissão de Ética da ULSG. O anonimato e a confidencialidade das repostas foram assegurados. Foi ainda obtido o consentimento informado, livre e esclarecido.

2.3 Análise estatística

O método de análise dos dados teve por base o tratamento descritivo, realizado em programa Excel.

3. RESULTADOS

Relativamente à caracterização sócio-demográfica, verificou-se que 56.7% dos doentes pertencia ao sexo feminino e 43.3% ao sexo masculino, com uma média de idade de 69.5 anos (Min-37; Máx-87) e um desvio padrão de 8.55. Predominantemente eram residentes em meio rural (71,9%), verificando-se que apenas 28.1% residia em meio urbano. Da totalidade dos doentes abrangidos pelo estudo, 64 foram submetidos a ATA e 80 submetidos a ATJ. A maior percentagem (85.8%) regressou ao domicílio após a cirurgia programada (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização circunstancial

	n	%
Habitação com vários pisos	116	80.6%
Necessidade de subir e descer escadas	105	72.9%
WC com base de chuveiro	83	57.7%
WC com banheira	48	33.3%
WC adaptado	9	6.3%
Sem instalações sanitárias	7	4.8%

Todos os doentes (100%) foram submetidos ao mesmo protocolo de reabilitação, em consonância com o planeamento uniformizado.

A aplicação da Escala de Barthel, permitiu verificar uma clara recuperação da independência funcional destes doentes, traduzida pela evolução favorável do respetivo score, nas avaliações efetuadas. Constatou-se que após um decréscimo deste valor no 2º dia de pós-operatório, ocorreu um aumento gradual, atingindo um nível de independência funcional aos 3 meses após a cirurgia superior ao estado prévio (antes da cirurgia).(Figura).

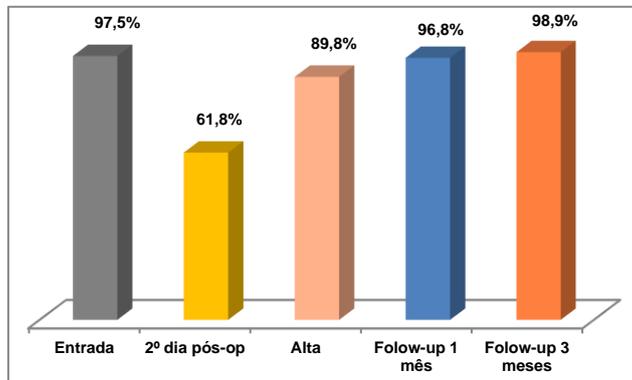


Figura 1 – Evolução do Índice de Barthel

4. DISCUSSÃO

O Projeto “Habilitar” visa, de uma forma sistematizada, promover ensino, instrução e treino dos doentes submetidos a ATA e ATJ. A preponderância deste programa de intervenção possui como condição basilar uma prévia e correta avaliação inicial dos doentes, com o desígnio de proporcionar cuidados adequados às necessidades de cada um. Neste contexto, Barbosa, Faria, e Neto (2005) defendem que a sistematização de um programa de reabilitação pré e pós-operatório representa cada vez mais uma necessidade, sendo considerado fulcral para o sucesso terapêutico, independentemente da idade. A idade é um fator determinante, muito significativo, no aumento da incidência de artroses, nomeadamente do joelho (Campos & Cruz, 2016; Carvalho, 2010). No que concerne à faixa etária, a média de idades dos doentes incluídos neste estudo (69.5 anos) vai de encontro ao que é encontrado noutros estudos similares e descrito na literatura. Numa revisão sistemática de 19 trabalhos, Pozzi, Snyder-Mackler e Zeni (2013) encontraram médias de idade que variaram entre 65,1 e 72,9 anos. Num estudo desenvolvido por Figueiredo, Machado e Loureiro (2013), numa amostra de 899 doentes, foi encontrada uma média de idade de 70,8 anos.

O desenvolvimento de uma abordagem estratégica em contexto de pré e pós operatório realizada no âmbito do projeto “Habilitar”, permite uma sistematização de intervenções dirigidas ao doente submetido a ATA e ATJ e ao cuidador informal facilitadoras da recuperação da sua independência funcional e readaptação social, tornando-as mais rápidas e efetivas. A este respeito, também Hoeman (2011) considera fundamental o envolvimento dos doentes e famílias neste processo de restauro da função e melhoria da capacidade funcional.

A importância da educação (instrução e treino) dos doentes no período pré-operatório, tem um contributo significativo na capacitação sobre os exercícios de Reabilitação. A avaliação, educação e reabilitação pré-operatória do doente, são etapas imprescindíveis no processo de recuperação (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Também Coudeyre et al. (2007), referem que a reabilitação pré-operatória contribui para uma recuperação funcional mais rápida, com implicações positivas no pós-operatório, no que concerne ao retorno às AVD e à redução dos cuidados necessários.

Neste projeto, a intervenção da Enfermagem de Reabilitação iniciada no domicílio, no período pré-operatório, durante as visitas domiciliárias, gera momentos de aprendizagem adaptativos compatíveis com o respetivo processo patológico atual. A este respeito, outros autores referem que a avaliação realizada no período pré-operatório deverá ter como complementaridade, os antecedentes pessoais e familiares, os estilos de vida, a sua capacitação funcional na realização das suas atividades de vida (AVD) quotidianas e contexto habitacional e acessibilidade, como presença de escadas e outras barreiras. Neste período interventivo, a correta identificação dos dispositivos de apoio, bem como os equipamentos adaptativos e a perceção dos doentes relativamente às suas capacidades, são aspetos fundamentais que deverão ser avaliados (Hoeman, 2011). A ideia de identificação das características do domicílio do doente, são importantes para que o treino das AVD's realizado, se possa aproximar da sua realidade (Zimmerman, 2008).

Neste estudo, a totalidade dos doentes beneficiou do ensino, instrução e treino protocolados no serviço, relativamente aos cuidados a ter após a cirurgia, à visualização de vídeos, bem como à entrega de folhetos informativos, aspetos estes que se revestiram de uma importância fulcral, pois possibilitaram elucidar doentes e família, esclarecer as suas dúvidas, indo de encontro ao seu conhecimento não demonstrado. O fornecimento de folhetos irá funcionar como um suporte e vinculação à informação recebida e ajudar na continuidade da recuperação funcional no domicílio (Oliveira, 2012).

À semelhança do que é realizado no âmbito do Projeto "Habilitar", outras investigações reforçam a importância da educação pré-operatória do doente, enfatizando o aconselhamento e as intervenções pré-operatórias, criando, desta forma, um ambiente facilitador na recuperação dos doentes, com vista à melhoria da funcionalidade (Lucas, Cox, Perry, & Bridges, 2013).

A avaliação, educação e reabilitação pré-operatória nos doentes submetidos a ATA e ATJ são de extrema importância, considerando que a reabilitação pré-operatória visa fundamentalmente contribuir para uma recuperação funcional mais rápida e eficaz fornecendo contributos significativos no pós-operatório, nomeadamente na independência na realização das AVD (Coudeyre et al., 2007) (Gomes, 2014). Este estudo permitiu perceber que o enfoque especial que é dado, ainda em contexto pré-operatório, permite capacitar o doente o mais precocemente possível, maximizando o seu potencial funcional e de independência, de modo a facilitar a sua reintegração na sociedade.

Após a cirurgia, inicia-se uma abordagem, na qual todos os doentes são submetidos a programa de reabilitação diário, em consonância com um planeamento uniformizado. A este respeito, outros autores sublinham a extrema relevância que os cuidados de enfermagem de reabilitação assumem no sucesso do tratamento dos doentes submetidos a ATJ, recomendando o seu início precoce no pós-operatório (Silva et al., 2010). Os exercícios terapêuticos instituídos no pós-operatório constituem um pilar fundamental na recuperação dos doentes com ATJ, permitindo a recuperação funcional do joelho, contribuindo para a promoção da mobilidade, e funcionalidade (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Desta forma, a reabilitação funcional no pós-operatório assume particular importância para os doentes, pois auxilia na realização das atividades diárias, melhorando a funcionalidade com contributos evidentes para um aumento da qualidade de vida (Silva et al., 2010).

À semelhança do que é proposto e realizado no âmbito do projeto "Habilitar", as intervenções de enfermagem de reabilitação têm o seu foco no incremento da força muscular e da mobilidade, bem como na aquisição de conhecimentos para o uso correto dos dispositivos de adaptação às alterações da mobilidade, que permitam a interação nas atividades sociais e ocupacionais, aliadas ao seu bem-estar (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Os cuidados de reabilitação visam capacitar os doentes para o autocuidado, no sentido da maximização da sua independência (Flamínio, 2018). A inexistência destes cuidados na reabilitação pós-ATJ pode contribuir negativamente para a diminuição da função da articulação do joelho, originando diferentes graus de insucesso (Silva & Croci, 2015).

A inatividade no leito, o desuso e a fraqueza muscular encontram-se diretamente relacionados com o compromisso demarcado da mobilidade articular nos doentes submetidos a ATJ (Hoeman, Liszner & Alverzo, 2011). Estes aspetos vão de encontro à sistematização de ações desenvolvidas no âmbito da implementação do projeto "Habilitar", uma vez que a intervenção diária dos enfermeiros de Reabilitação no serviço de Ortopedia, ao promover o treino efetivo de exercícios músculo-articulares e treino de marcha com ajuda técnica, pretende contrariar os efeitos negativos da imobilidade.

O presente estudo revelou que os doentes submetidos a ATA e ATJ programada, integrados no projeto "Habilitar" e que, por conseguinte, beneficiaram de um programa estruturado de reabilitação, apresentaram uma clara recuperação da Independência Funcional pós-cirurgia, traduzida pela evolução favorável do score do Índice de Barthel. A melhoria substancial do Índice de Barthel entre o segundo dia de pós-operatório (61,8) e o momento da alta (89,8), traduz de forma inequívoca a efetividade das intervenções terapêuticas realizadas. Semelhantes resultados foram obtidos noutros estudos em que se utilizou o índice de Barthel para verificar os benefícios das intervenções, na melhoria da capacidade funcional de doentes submetidos a ATJ, mostrando que no período que antecede a alta, os doentes adquiriram um grau elevado de independência na realização das AVD, significando recuperação da mobilidade. Apesar da intervenção cirúrgica se constituir um fator limitativo no pós-operatório, no

que concerne aos autocuidados foi comprovada a eficácia das intervenções de reabilitação pela inequívoca progressão dos doentes, com tradução na melhoria da sua capacidade funcional (Flamínio, 2018).

A Ordem dos Enfermeiros defende que perante as necessidades de intervenção especializada junto de um doente, o desenvolvimento de programas especializados, tendo por base a qualidade dos cuidados prestados, visa a melhoria da qualidade de vida do doente, a sua reintegração e participação ativa na comunidade (Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio). Neste estudo, a intervenção da Enfermagem de Reabilitação gerou momentos de aprendizagem adaptativos que permitiram capacitar o doente o mais precocemente possível, maximizando o seu potencial funcional e de independência de modo a facilitar a sua reintegração na sociedade, fornecendo contributos inequívocos para a melhoria da qualidade de vida.

Efetivamente, os ganhos em independência funcional assumem-se como um aspeto determinante na melhoria da qualidade de vida, ao permitir capacitar o doente para a realização das atividades de vida diária e reinserção social. Vários autores afirmam que a reabilitação funcional irá permitir ao doente voltar a exercer as suas funções na sociedade (Silva et al., 2010; Spósito, Santos, Oba & Crocker, 2008).

CONCLUSÕES

A análise da problemática da incapacidade temporária associada à realização de uma cirurgia (ATA e ATJ) permitiu o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e a interação com os doentes no sentido de desenvolver uma sistematização de intervenções que permitisse potenciar as suas capacidades funcionais, auxiliasse na recuperação da intervenção cirúrgica, de forma a obter um bom nível de desempenho funcional no momento da alta hospitalar.

Os resultados obtidos através da avaliação do programa de intervenção, traduzem uma clara recuperação da Independência Funcional pós cirurgia, verificando-se uma melhoria substancial do Índice de Barthel nas sucessivas avaliações efetuadas, demonstrando a efetividade das intervenções terapêuticas realizadas.

Deste modo, e de acordo com os resultados obtidos, poder-se-á afirmar que a implementação do projeto “Habilitar” tem permitido capacitar os doentes submetidos a programa de reabilitação motora pós cirurgia (ATA e ATJ), o mais precocemente possível, com tradução inequívoca nos ganhos adquiridos em independência funcional. A maximização do seu potencial funcional e de independência facilita a sua reintegração na sociedade.

Os resultados obtidos reafirmam a extrema relevância da enfermagem de reabilitação dentro das equipas multidisciplinares face a objetivos comuns.

Considera-se, face ao exposto que o projeto “Habilitar” converge na mesma linha condutora de intervenção, de outros trabalhos e investigações desenvolvidas em contextos similares.

Entendemos que a introdução da aplicação de outras escalas, como a Escala de Tinetti, para avaliação do equilíbrio, “Time Up and Go Test”, e Avaliação da Qualidade de Vida, poderiam enriquecer futuras investigações neste âmbito. Também o tratamento dos dados colhidos pela aplicação das Escalas de Avaliação da Força Muscular e Amplitude Articular que já é realizada, poderia proporcionar a obtenção de resultados que reforcem a pertinência da implementação de programas de enfermagem de reabilitação pré e pós- operatórios na ATA e ATJ.

As principais limitações do presente estudo estão relacionadas com o facto de apesar desta ser uma área de ação privilegiada para a atuação dos Enfermeiros de Reabilitação, os estudos efetuados por Enfermeiros em Portugal, acerca desta temática são ainda diminutos, o que dificultou uma discussão mais rica.

Consideramos também que o Índice de Barthel utilizado para avaliar o nível de independência funcional desta amostra se revelou vago, não possibilitando, por conseguinte, uma avaliação exaustiva de cada domínio do autocuidado, no qual os scores obtidos não refletem de forma pormenorizada a condição do doente.

Em investigações futuras, sugeríamos uma monitorização da recuperação funcional no domicílio, conseguida através de um trabalho em articulação com os cuidados de saúde primários, o que permitiria objetivar com mais rigor a relação existente entre o programa de Reabilitação e os repetidos ganhos funcionais.

Consideramos igualmente, que o desenvolvimento de novas investigações referentes à intervenção dos Enfermeiros de Reabilitação no período que antecede a realização de ATA e ATJ poderia dar importantes contributos para a melhoria das intervenções realizadas durante o internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, D., Faria, E., & Neto, D. (2005) Fisioterapia em artroplastias totais de joelho. Brasil Dissertação de Mestrado - Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento IP&D. Acedido em http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2005/epg/EPG4/EPG45%20ok.pdf.

- Calado, S. (2017) Capacidade Funcional dos Doentes Submetidos a Artroplastia Total do Joelho – Contributos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação. Évora. Dissertação de Mestrado - Universidade de Évora.
- Campos, P., & Cruz, A.(2016) Preditores/determinantes da capacidade funcional que influenciam no processo de reabilitação, de indivíduos adultos submetidos a artroplastia total do joelho: revisão integrativa. *Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra: 65-84.
- Carvalho, F. (2010) Tratamento da Gonartrose numa Abordagem Cirúrgica. Covilhã. Dissertação de Mestrado - Universidade da Beira Interior. Acedido em <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=63f63dade266b79f>.
- Coudeyre, E., Jardin, C., Givron, P., Ribinik, P., Revel, M., & Rannou, F. (2007) Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines - University of York, 50(3), 189-197. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK74397/>
- Flamínio, J. (2018) A Pessoa Submetida a Artroplastia Total do Joelho: Impacto dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e Benefícios em Saúde. Évora. Dissertação de Mestrado - Universidade de Évora. Acedido em <http://www.rdpc.uevora.pt>
- Figueiredo, S., Machado, L., Sá, A., & Loureiro, J. (2013) Artroplastia total do joelho, tempo total de internamento, complicações e reinternamentos a 30 dias. *Revista Portuguesa Ortopedia e Traumatologia*, 22(2), 191-199.
- Gomes, N. (2014) Capacidade funcional da pessoa após Artroplastia Total da Anca: Contributos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na admissão, segundo dia pós-operatório e alta clínica. Gandra. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.
- Hoeman, S. (2011) *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados*. 4ªed. Lisboa: Lusociência.
- Hoeman, S., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011) Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. In Hoeman, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*, 4ª Ed, p. 209 -270. Loures: Lusodidacta.
- Lucas, B., Cox, C., Perry, L., & Bridges, J. (2013) Pre-operative preparation of patients for total knee replacement: An action research study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17, 79-90. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2012.08.005>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.
- Oliveira, J. (2012) *Reabilitação Funcional dos Doentes Submetidos a Prótese Total do Joelho: Revisão Sistemática da Literatura*. Viseu. Dissertação de Mestrado - Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1620/1/OLIVEIRA%20João%20Manuel%20Martins%20Dissertação%20mestrado.pdf>
- Pozzi, F., Snyder-Mackler, L., & Zeni, J. (2013) Physical exercise after knee arthroplasty: a systematic review of controlled trials. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(6), 877-892.
- Regulamento nº 392/2019, de 3 de maio - Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
- Silva, A., & Croci, A. (2015) Estudo Comparativo entre dois métodos de reabilitação fisioterapêutica na artroplastia total do joelho: protocolo padrão do IOT vs protocolo avançado. *Fisioterapia Brasil*; 16 (2). Acedido em <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Silva+A,+Croci+A,+Estudo+Comparativo+entre+dois+m%C3%A9todos+de+reabilita%C3%A7%C3%A3o+fisioterap%C3%AAutica+na+artroplastia+total+do+joelho:+protocolo+padr%C3%A3o+do+IOT+vs+protocolo+avan%C3%A7ado.+Fisioterapia+Brasil;+2015.&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
- Silva, M., Shepherd, E., Jackson, W., Pratt, J., McClung, C., & Schmalzried, T. (2010) Knee strength after total knee arthroplasty. *Journal Arthroplasty*, 18, 605-611.
- Spósito, M., Santos, M., Oba, S., & Crocker, A. (2008) Reabilitação na prótese total do joelho. *A Folha médica*; 96, p. 372-374.
- Zimmerman, J. (2008) *Reabilitação de artroplastias totais de joelho*. Delisa, Gans BM. Tratado de medicina de reabilitação: Princípios e prática (3ª ed.). São Paulo: Manole.

Millenium, 2(ed espec nº5), 233-237.

pt

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM PESSOAS COM 65 OU MAIS ANOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO
COGNITIVE STIMULATION IN PEOPLE AGED 65 AND OVER: AN EXPLORATORY STUDY
ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS: UN ESTUDIO EXPLORATÓRIO

Nísia Matos¹
Sandra Rodrigues¹
Estela Almeida¹
Carlos Almeida²
Rúben Ribeiro²

¹UCC Tarouca, ACES Douro Sul, Lamego, Portugal

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

Nísia Matos – nisiapinto65@hotmail.com | Sandra Rodrigues – sandrarodrigues1@gmail.com | Estela Almeida – estelaalves2@gmail.com |
Carlos Almeida – cefa.profissional@gmail.com | Rúben Ribeiro – ribeiro_agua@gmail.com



Autor Correspondente

Nísia Matos
UCC Tarouca
Rua Alberto Pereira Martins
3610-001 Tarouca
nisiapinto65@hotmail.com

RECEBIDO: 11 de julho de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: O envelhecimento cursa frequentemente com a deterioração das funções intelectuais nas quais se inclui a perda de memória.

Objetivos: Avaliar a capacidade cognitiva de um grupo de idosos, antes e após, frequentarem um programa de estimulação cognitiva.

Métodos: Estudo exploratório de cariz transversal com uma amostra de 25 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e 76 anos. Destes, 4 são do género masculino e 21 do género feminino. Aplicou-se a escala *Mini Mental State Examination* no início e no final da implementação do projeto “*Envelhecer Ativa’mente*”, para monitorizar as funções cognitivas dos participantes, antes e após frequentarem um programa de estimulação cognitiva.

Resultados: A avaliação das funções cognitivas mostrou melhoria da função evocação. Obtiveram-se scores iguais, para os dois momentos de avaliação, nas funções *orientação e atenção e cálculo*. Nas restantes funções cognitivas não se verificaram alterações significativas.

Conclusões: Os resultados apontam ocorrer ganhos clínicos, considerando-se por isso ser fundamental dar continuidade ao plano de intervenção de estimulação cognitiva.

Assume-se como um desafio dar continuidade ao projeto e alargar o grupo alvo a todas as pessoas com 65 ou mais anos, do Concelho de Tarouca, de forma a melhorar e manter a capacidade cognitiva e funcional dos idosos.

Palavras-chave: capacidade cognitiva; idosos; saúde mental

ABSTRACT

Introduction: Aging often progresses with the deterioration of intellectual functions, which include memory loss.

Objectives: Assess the cognitive ability of a group of elderly people, before and after, attending a cognitive stimulation program.

Methods: Cross-sectional exploratory study with a sample of 25 elderly people, aged between 65 and 76 years. Of these, 4 are male and 21 are female. The Mini Mental State Examination scale was applied at the beginning, and at the end of the implementation of the project “*Envelhecer Ativa’mente*”, to monitor participants' cognitive functions, before and after attending a cognitive stimulation program.

Results: The assessment of cognitive functions showed improvement in evocation function. Equal scores were obtained, for the two moments of evaluation, in the function's orientation and attention and calculation. Equal scores were obtained, for the two moments of evaluation, in orientation, attention and calculation functions. In the remaining cognitive functions, there were no significant changes.

Conclusions: The results show clinical gains, considering that it is essential to continue the cognitive stimulation intervention plan. It is a challenge to continue the project and expand the target group to all people aged 65 and over, in the municipality of Tarouca, in order to improve and maintain the cognitive and functional capacity of the elderly.

Keywords: cognitive ability; seniors; mental health

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento a menudo progresa con el deterioro de las funciones intelectuales, que incluyen la pérdida de memoria.

Objetivos: Evaluar la capacidad cognitiva de un grupo de personas mayores, antes y después, que asisten a un programa de estimulación cognitiva.

Métodos: Estudio transversal exploratorio con una muestra de 25 personas de edad avanzada, con edades comprendidas entre 65 y 76 años. De estos, 4 son hombres y 21 son mujeres. La escala del Mini Examen del Estado Mental se aplicó al principio y al final de la implementación del proyecto “*Envejecimiento Activo*”, para monitorear las funciones cognitivas de los participantes, antes y después de asistir a un programa de estimulación cognitiva.

Resultados: La evaluación de las funciones cognitivas mostró una mejora en la función de evocación. Se obtuvieron puntuaciones iguales, para los dos momentos de evaluación, en las funciones de orientación y atención y cálculo. En las funciones cognitivas restantes, no hubo cambios significativos.

Conclusiones: Los resultados indican ganancias clínicas, considerando que es esencial continuar el plan de intervención de estimulación cognitiva. Es un desafío continuar el proyecto y expandir el grupo objetivo a todas las personas mayores de 65 años, en el municipio de Tarouca, para mejorar y mantener la capacidad cognitiva y funcional de los ancianos.

Palabras Clave: capacidad cognitiva; ancianos salud mental

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental é uma dimensão essencial para o bem-estar geral das pessoas ao longo de todas as etapas do ciclo vital. Com o envelhecimento vai-se deteriorando a capacidade física e intelectual, o raciocínio, a memória, as competências sociais e surgem alterações na gestão das reações emocionais (World Health Organization. (2002). A promoção da saúde mental ao longo do envelhecimento traduz-se num indiscutível benefício ao nível das consequências estimadas para os diferentes sectores da sociedade civil (laboral, económico, cultural e comunitário) (DGS, 2005).

O envelhecimento comporta com frequência a degeneração do sistema nervoso e de outras estruturas do corpo humano e em consequência surge a redução das capacidades cognitivas e sensoriais e diminuição da capacidade funcional da pessoa (Cardoso, Cavol & Vieira, 2009).

Uma das funções cognitivas mais afetadas no processo de envelhecimento *“é a perda da memória a curto prazo e incapacidade de cálculo”* (Schneider, Marcolin & Dalacorte, 2008).

Perante estas evidências, surgiu a motivação para desenvolver o projeto *“Envelhecer Ativa’mente”*, tendo como alvo as pessoas com 65 ou mais anos.

Com vista a analisar os resultados da sua implementação, definiu-se a seguinte questão de investigação: *Em que medida a implementação de um programa de estimulação cognitiva melhora as funções cognitivas dos idosos?*

Neste contexto, o objetivo deste estudo é: avaliar a capacidade cognitiva de um grupo de idosos, antes e após, frequentarem um programa de estimulação cognitiva.

1. MÉTODOS

1.1 Tipo de estudo

O estudo do tipo exploratório e cariz transversal teve como finalidade caracterizar um contexto clínico, que suporta o desenvolvimento do projeto *“Envelhecer Ativa’mente”* com alvo nas pessoas com 65 ou mais anos. Este operacionaliza-se através de um programa de intervenção que engloba as áreas de expressão corporal, estimulação cognitiva e relaxamento neuromuscular. Com a sua implementação procurou-se promover os benefícios da estimulação cognitiva, tais como: memória; atenção; aprendizagem; percepção; linguagem; orientação espacial e temporal; preservar a interação social.

1.2 Participantes

A população alvo deste estudo foram os utentes da freguesia de Tarouca que satisfizessem pelo menos um dos critérios a seguir descritos: idade igual ou superior a 65 anos; dificuldade de concentração; alteração da memória; risco cardiovascular; cansaço fácil.

Foi seleccionado um grupo de 25 idosos, sendo 21 do sexo feminino (84% da amostra) e 4 do sexo masculino (16% da amostra). O estudo foi realizado entre 04 de Fevereiro e 29 de Abril de 2019.

1.3 Instrumentos de recolha de dados

Aplicou-se o *Mini-Mental State Examination (MMSE)* de Folstein, Folstein, & McHugh (1975), versão portuguesa adaptado por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, em 1994. O MMSE apresenta 30 questões, sendo atribuído um ponto a cada resposta corretamente emitida. Foi aplicado no início e no final da implementação do projeto *“Envelhecer Ativa’mente”* para monitorizar a evolução/manutenção das funções cognitivas dos participantes.

1.4 Procedimentos éticos e de análise estatística

De modo a respeitar as questões éticas decorrentes da realização do estudo, os utentes foram devidamente informados sobre as intervenções do projecto e posteriormente preencheram e assinaram o termo de consentimento informado.

Para realizar o tratamento estatístico dos dados, recorreu-se ao programa informático Excel da Microsoft Office.

2. RESULTADOS

• Função cognitivas dos idosos, antes e após, frequentarem um programa de estimulação cognitiva.

A avaliação das funções cognitivas dos idosos, através do *Mini Mental State Examination (MMSE)*, antes e após aplicação de plano de sessões de estimulação cognitiva, permitiu verificar existir uma melhoria da função cognitiva – evocação. (Cf. Figura 1).

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

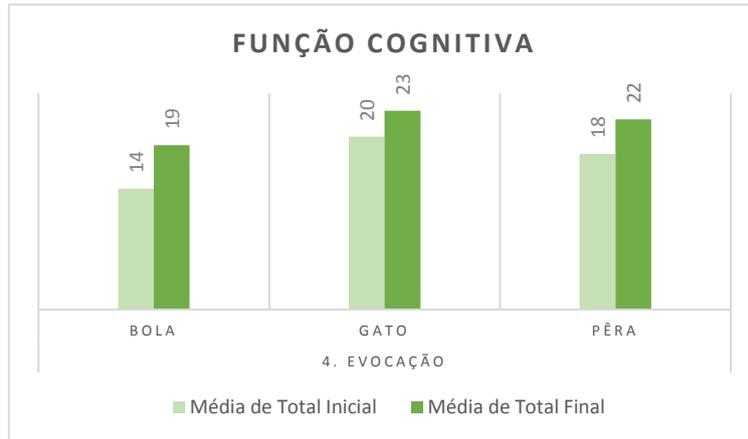


Figura 1 – Scores da função cognitiva evocação, antes e após frequentar sessões de estimulação cognitiva.

Nas funções de *orientação*, *retenção*, *atenção e cálculo*, os scores da MMSE, avaliados antes e depois, da implementação de um plano de sessões de estimulação cognitiva, mostram que não se verificaram alterações significativas. Obtiveram-se scores iguais, para os dois momentos de avaliação, nas funções *orientação e atenção e cálculo*. (Cf. Figura 2).

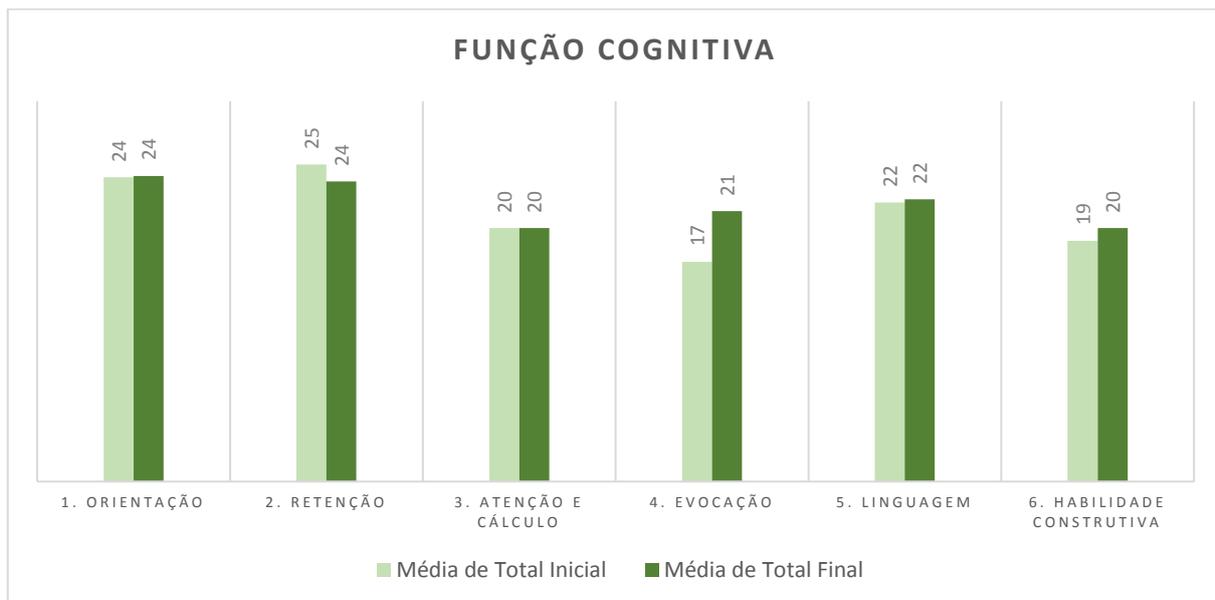


Figura 2 – Scores das funções cognitivas, antes e após frequentar sessões de estimulação cognitiva.

Os idosos após frequentarem um programa de estimulação cognitiva, pontuaram com scores mais elevados nas funções evocação, linguagem e habilidade construtiva, destacando-se com valores mais significativos a evocação.

3. DISCUSSÃO

Devido à degradação gradual inerente ao envelhecimento, decorrem limitações na função cognitiva que se constituem como um dos graves problemas nos idosos, pois resultam frequentemente em perda de autonomia (Schneider, Marcolin & Dalacorte, 2008). Daí que, os parâmetros que neste estudo se mantiveram sem alterações significativas, representam só por si, um resultado positivo, uma vez que manter as capacidades cognitivas num idoso, de per si, já é vantajoso.

O facto da função cognitiva *evocação*, ser a função que apresentou melhores resultados, e uma vez que está associada à memória a curto prazo, justifica que a aplicação deste projeto e respetiva monitorização sejam continuados, como forma de melhorar a memória dos idosos, dado que esta se apresenta como uma das principais queixas deste grupo etário, (Cordeiro, Del Castillo, Freitas & Gonçalves, 2014), sendo também um indicador sensível para o défice cognitivo (Schneider Marcolin, Dalacorte, 2008).

Como limitação deste estudo, refere-se o facto do n, da amostra, ser reduzido, e de existirem pessoas analfabetas, pelo que apesar de ter existido por parte da equipa, o cuidado de explicar os conteúdos da MMSE, considera-se que a baixa literacia funcional pode ter condicionado a interpretação do conteúdo das perguntas e conseqüentemente ser fator de enviesamento das respostas. Em futuros estudos, será de considerar os contributos da utilização dos valores de corte do MMSE, redefinidos para a população portuguesa por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, Martins (2009) e ainda as inferências de Santana, Duro, Lemos, Costa, Pereira, Mário Simões, & Freitas (2016).

Porém, dado que não se pretendia extrapolar conclusões ou generalizações para outros contextos, ressalta-se que os resultados permitem conhecer a singularidade de um contexto de intervenção clínica e motorizar intervenções em saúde, o que nos parece de ressaltar.

CONCLUSÕES

O envelhecimento é um processo inerente a todos os seres vivos, sendo progressivo e irreversível, que se expressa, entre outros, pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição da funcionalidade (Spiriduso, Francis, & Mcrae, 2005). Fruto de uma maior longevidade do ser humano, o envelhecimento é uma realidade inevitável para todas as pessoas, ao qual se associa uma maior prevalência das doenças crónicas e conseqüente incremento da dependência nas atividades da vida diária, assim como declínio das capacidades cognitivas.

Em síntese, os resultados do estudo traduzem existirem ganhos clínicos, pelo que são considerados encorajadores, sendo fundamental dar continuidade ao desenvolvimento do projeto, bem como alargar o plano de intervenção da estimulação cognitiva a todas as pessoas com 65 ou mais anos, do Concelho de Tarouca, por forma a melhorar / manter a capacidade cognitiva e funcional dos idosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cardoso, A. S., Cavol, A. L., & Vieira, C. J. (2007). Envelhecimento e atividade física na memória do idoso. EFDeportes.com: Revista Digital, 16(163). Acedido em <https://www.efdeportes.com/efd163/atividade-fisica-e-o-idoso.htm>
- Cordeiro, J., Del Castillo, B. L., Freitas, C. S., & Gonçalves, M. P. (2014). Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 541-552. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000300541&script=sci_abstract&tlng=pt
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do mini-mental state examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9(2), 10-16. Acedido em http://www.sinapse.pt/archive_detail.php?id=18
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa nacional para a saúde mental: Orientações programáticas*. Lisboa. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-saude-mental-pdf.aspx>
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-mental state examination: Avaliação dos novos dados normativos no rastreio e diagnóstico do défice cognitivo. *Acta Médica Portuguesa*, 29(4), 240-248. Acedido em <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6889/4651>
- Schneider, R. H., Marcolin, D., & Dalacorte, R. R. (2008). Avaliação funcional de idosos. *Scientia Médica*, 18(1), 4-9. Acedido em <https://pdfs.semanticscholar.org/8596/67dbfca3bb0215407c5344aeae23a38113e8.pdf>
- Spiriduso, W. W., Francis, K. L., & McRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2th ed.). Champaign: Human Kinetics.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.

Millenium, 2(ed espec nº5), 239-245.

pt

GANHOS EM SAÚDE DOS UTENTES ASSISTIDOS PELA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
HEALTH GAINS OF USERS ASSISTED BY THE INTEGRATED CONTINUOUS CARE TEAM
MEJORAS EN LA SALUD DE LOS USUARIOS ASISTIDOS POR EL EQUIPO DE ATENCIÓN CONTINUA INTEGRADA

Nísia Matos¹
Sandra Rodrigues¹
Estela Almeida¹
Carlos Almeida²
Rúben Ribeiro²

¹UCC Tarouca, ACES Douro Sul, Lamego, Portugal

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

Nísia Matos – nisiapinto65@hotmail.com | Sandra Rodrigues – sandrarodrigues1@gmail.com | Estela Almeida – estelaalves2@gmail.com |
Carlos Almeida – cefa.profissional@gmail.com | Rúben Ribeiro – ribeiro_agua@gmail.com |



Autor Correspondente

Nísia Maria Bernardo Duarte Pinto Matos
UCC Tarouca
Rua Alberto Pereira Martins
3610-001 Tarouca
nisiapinto65@hotmail.com

RECEBIDO: 11 de julho de 2019

ACEITE: 27 de fevereiro de 2020

RESUMO

Introdução: Os ganhos em saúde, relacionados com cuidados na comunidade estão já identificados e incluem o autocuidado e a autonomia nas atividades de vida diária.

Objetivo: Analisar os ganhos em saúde dos utentes assistidos pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Tarouca.

Métodos: O estudo quantitativo, descritivo e transversal, foi desenvolvido com 149 utentes, cuja maioria (61,5%) tem 65 ou mais anos, 52,4% são do género masculino e estavam integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCL) de Tarouca. Foram utilizadas escalas validadas, para avaliação da dependência e da funcionalidade na admissão e na alta aos utentes. A recolha de dados foi efetuada durante o mês de maio de 2019, através da consulta dos processos individuais dos utentes admitidos na unidade.

Resultados: A maioria dos utentes obteve ganhos em saúde: 62% na autonomia, funcionalidade e nas atividades da vida diárias; 72% pontuou com independência nas atividades básicas de vida; 70,3% manteve a funcionalidade; 87,5% alcançaram ganhos no equilíbrio e marcha e 60% tiveram ganhos no controlo da dor.

Conclusões: Na pessoa idosa, a promoção da autonomia e independência estão fortemente relacionados com a qualidade de vida, daí a importância da sua avaliação. Os resultados mostram terem ocorrido ganhos em saúde e ganhos em autonomia, na população alvo da intervenção da ECCL de Tarouca.

Palavras-chave: utentes; cuidados no domicílio; autonomia

ABSTRACT

Introduction: Self-care and autonomous daily living activities were identified in the community care practices which led to significant health gains.

Objectives: Analyze the health gains of users assisted by the Tarouca Integrated and Continuous Care Team (ICCT).

Methods: The quantitative, descriptive and cross-sectional study was developed with 149 users, most of whom (61.5%) are 65 or older, 52.4% are male and were integrated in the Integrated and Continuous Care Team of Tarouca (ICCT).

Validated scales were used to assess dependency and functionality on admission and discharge to users. Data collection was carried out during the month of May 2019, by consulting the individual files of the users admitted to the unit.

Results: Most users achieved health gains: 62% in autonomy, functionality and activities of daily living; 72% scored independently in basic life activities; 70.3% maintained functionality; 87.5% achieved gains in balance and gait and 60% had gains in pain control.

Conclusions: In the elderly, the promotion of autonomy and independence are strongly related to quality of life, hence the importance of its assessment. The results show that there have been gains in health and gains in autonomy in the target population of the intervention of the ICCT of Tarouca.

Keywords: users; home care; autonomy

RESUMEN

Introducción: Los beneficios para la salud relacionados con la atención comunitaria ya están identificados e incluyen el autocuidado y la autonomía en las actividades de la vida diaria.

Objetivos: Analizar las ganancias de salud de los usuarios asistidos por el equipo de atención continua integrada de Tarouca.

Métodos: El estudio cuantitativo, descriptivo y transversal se desarrolló con 149 usuarios, la mayoría de los cuales (61.5%) tienen 65 años o más, el 52.4% son hombres y formaron parte del Equipo Integrado de Atención Continua (ECCL) de Tarouca. Se utilizaron escalas validadas para evaluar la dependencia y la funcionalidad en la admisión y el alta a los usuarios. La recopilación de datos se llevó a cabo durante el mes de mayo de 2019, consultando los archivos individuales de los usuarios admitidos en la unidad.

Resultados: La mayoría de los usuarios lograron ganancias en salud: 62% en autonomía, funcionalidad y actividades de la vida diaria; el 72% obtuvo calificaciones independientes en las actividades básicas de la vida; el 70.3% mantuvo la funcionalidad; el 87.5% logró ganancias en el equilibrio y la marcha y el 60% tuvo ganancias en el control del dolor.

Conclusiones: En los ancianos, la promoción de la autonomía y la independencia están fuertemente relacionadas con la calidad de vida, de ahí la importancia de su evaluación. Los resultados muestran que ha habido ganancias en salud y ganancias en autonomía en la población objetivo de la intervención de la ECCL de Tarouca.

Palabras Clave: usuarios; cuidado en el hogar; autonomía

INTRODUÇÃO

O envelhecimento saudável pode ser definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (Organização Mundial da Saúde, 2015). Envelhecer com saúde, autonomia e independência, e viver o maior tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e colectiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (Porutugal, 2006). Uma forma de mensurar a qualidade de vida do idoso, consiste em avaliar o grau de autonomia e independência com que o mesmo realiza as atividades do seu dia-a-dia (Lemos & Medeiros, 2002). O domicílio constitui um espaço em que pessoas com doenças crônicas e outras afeções ou incapacidades, idosas ou não, podem viver com qualidade de vida e manter a sua doença controlada. Assim, os profissionais de saúde prestam cuidados aos utentes no seu domicílio, para atingir o nível máximo de independência funcional na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado, reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman, 2000).

Independência significa ser capaz de realizar atividades de vida diária sem ajuda, ao passo que dependência é definida como a incapacidade da pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, sendo determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicos (Diogo, 2000).

O conceito de independência funcional, envolve a execução das atividades desenvolvidas diariamente e que estão diretamente relacionadas aos autocuidados, ao cuidado do seu meio ambiente e à participação social.

Para a sua promoção, os profissionais de saúde concebem e implementam intervenções procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo. Neste âmbito, cuidar no domicílio tem como objetivo *“detetar fatores que influenciem a saúde, desenvolvendo-se desta forma um trabalho aos três níveis de prevenção”*.

A reforma dos cuidados de saúde primários, inclui entre outros objetivos, a melhoria do acesso a cuidados próximos e adequados (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010; Decreto-Lei nº 88/2005; Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005). Já em 2011, o anterior Plano Nacional de Saúde 2011-2016, valorizava a continuidade de cuidados e recomendava os cuidados holísticos, próximos e personalizados, como condição essencial para a promoção de estilos de vida saudáveis, promoção da saúde e prevenção da doença, numa visão positiva de saúde; com melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro; equidade de acesso nos grupos vulneráveis; promovendo estratégias de melhoria, adequando os serviços, flexibilizando a resposta, diversificando as práticas, trocando experiências e avaliando o desempenho. Nesta linha, os *Cuidados Continuados Integrados* estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra (Decreto-Lei nº 8/2010).

As intervenções dos profissionais de saúde devem ter como alvo a unidade familiar nomeadamente quando estas visam a aprendizagem e adoção de comportamentos favorecedores à promoção da saúde. Assim, os cuidados dirigidos ao utente dependente / família promovem a aprendizagem mobilizando os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com as alterações na saúde e bem-estar.

O profissional identifica as necessidades de cuidados do utente/família e implementa as intervenções que têm como objetivos evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

Neste âmbito, a investigação em saúde, é uma área imprescindível, uma vez que, estabelece uma base científica para guiar a prática de cuidados e criar conhecimentos novos que permitem novos saberes, novos comportamentos, novos caminhos e novas atuações com vista a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta qualidade, traduz-se em ganhos em saúde e implicam componentes que necessariamente têm de estar presentes, nomeadamente *“o saber ouvir, a disponibilidade e criatividade por parte dos prestadores de cuidados”* (Azevedo, 2007).

Em linha com o exposto, considerou-se pertinente estudar a temática *“Ganhos em saúde dos utentes assistidos na Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Tarouca”*.

Para orientar o estudo, definiu-se como questão de investigação: *Que ganhos em saúde são produzidos pela acção da ECCI de Tarouca?*

Em consonância, o estudo tem como o objetivo geral: *Analisar os ganhos em saúde dos utentes assistidos pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Tarouca.*

1. MÉTODOS

1.1 Tipo de estudo e participantes

O estudo quantitativo, descritivo e transversal foi desenvolvido numa amostra de 149 de utentes que tiveram alta, após terem sido assistidos pela Equipa Cuidados Continuados Integrados de Tarouca. A maioria (61,5%) possuía 65 ou mais anos e 52,4% são do género masculino.

Foram excluídos da amostra os utentes que embora tendo sido cuidados pela ECCIT foram internados por agudização e aqueles em que ocorreu o óbito.

1.2 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada durante o mês de maio de 2019, através da consulta dos processos clínicos dos utentes. Foram

utilizadas escalas validadas, para avaliação da (in) dependência e da funcionalidade no momento de admissão e na alta, designadamente:

- Escala de Katz para avaliação das Atividades de vida diária;
- Escala de Lawton para avaliação das Actividades Instrumentais de Vida Diárias;
- Escala de Barthel para avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida;
- Por ultimo, para avaliar a funcionalidade aplicou-se a tabela nacional da funcionalidade.

1.3 Procedimentos éticos e de análise estatística

Na realização do estudo foram respeitadas as orientações éticas e deontológicas.

Para a análise dos dados recorreremos ao programa informático Microsoft Excel e alguns resultados vão ser apresentados em gráficos para facilitar a sua leitura e a interpretação dos mesmos.

2. RESULTADOS

• Motivo de admissão nos cuidados da ECCI

Os motivos mais prevalentes para a admissão nos cuidados da ECCI de Tarouca, foram em 76% das pessoas, para promoção de autonomia e capacitação do cuidador, concretizados na necessidade de cuidados de reabilitação e ensinos ao cuidador (Cf. Figura 1).

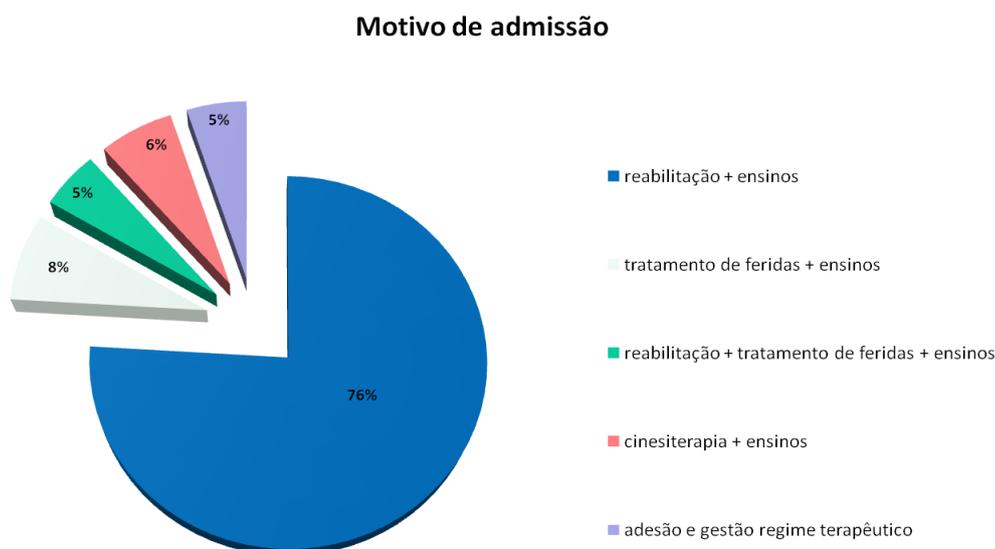


Figura 1 – Motivos de admissão nos cuidados da ECCI de Tarouca

• Número de dias de internamento nos cuidados da ECCI

O número de dias de internamento foi bastante variável, sendo mais frequente entre 121 e 180 dias. Apenas 20,2% dos utentes que ficaram internados, teve um internamento superior a 180 dias (Cf. Figura 2).

Dias de internamento

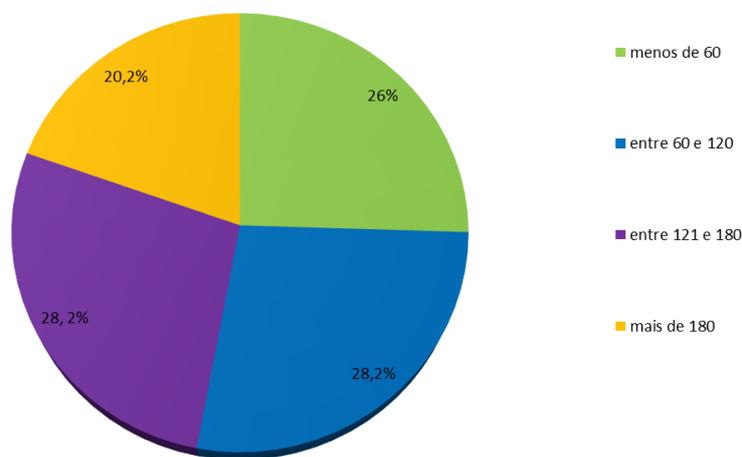


Figura 2 – Dias de Internamento

- **Motivos da alta da ECCI**

A justificação para a alta, na grande maioria dos utentes (77%), decorreu de se terem atingido os objetivos clínicos propostos pela ECCI ao longo do internamento, quer pelo utente, quer pela díade utente/ família / cuidador. (Cf. Figura 3).

Motivo da alta

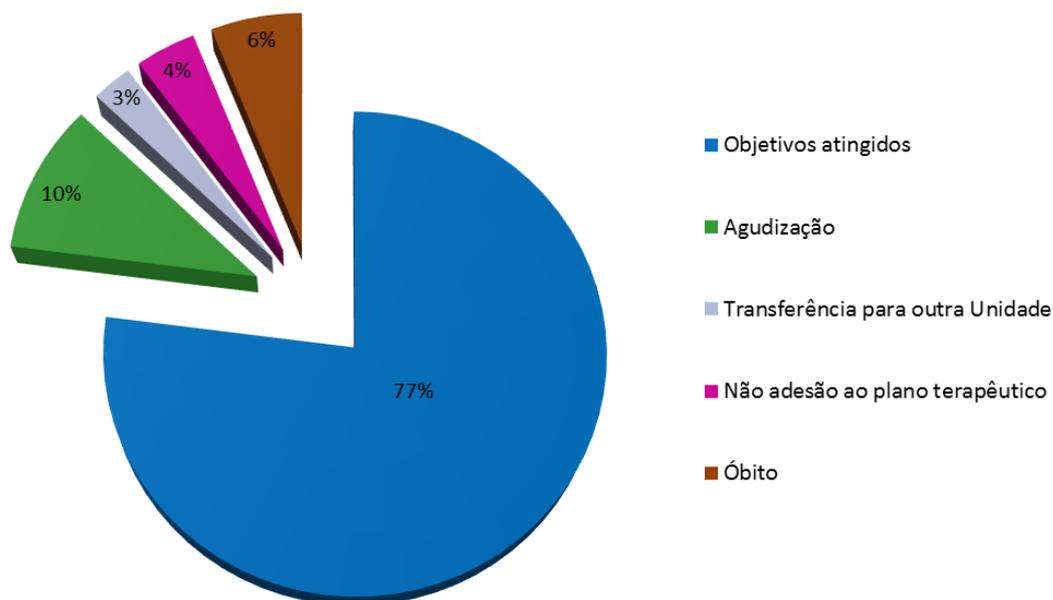


Figura 3 - Motivo da alta

- **Ganhos em saúde**

A avaliação do Índice de Katz revelou que em 62% dos utentes, se obtiveram ganhos de autonomia, funcionalidade e nas Atividades da Vida Diárias. O Índice de Lawton mostrou que em 61% dos utentes se obtiveram ganhos na autonomia e nas atividades instrumentais da vida diária. O Índice de Barthel tornou patente que em 72% dos utentes se conseguiram ganhos ao nível de independência nas atividades básicas de vida. A maioria dos utentes (70,3%) manteve a funcionalidade.

Outros ganhos clínicos, como o Índice de Tinetti, traduzem que em 87,5% dos utentes se alcançaram ganhos no equilíbrio e marcha. Cerca de 60% dos utentes tiveram ganhos no controlo da dor. Apesar de existir risco de desenvolver úlcera por pressão, na grande maioria dos utentes (90%), apenas se verificou a presença de úlcera por pressão em 4 utentes.

O risco de queda foi contrariado através da implementação de ações específicas, pelo que o evento adverso da queda ocorreu apenas em 3 utentes.

O vivencia do papel do cuidador informal/prestador de cuidados, registado como evento adverso da ocorrência de boas praticas em saúde, em 85% dos casos passou a ser adequado.

3. DISCUSSÃO

Em Portugal, tem-se verificado um crescente aumento da população idosa e conseqüentemente um crescente aumento do número de pessoas dependentes que necessitam de algum tipo de ajuda ou cuidado.

Uma vez que, uma forma de mensurar a qualidade de vida do idoso, consiste em avaliar o grau de autonomia e independência com que o mesmo realiza as atividades do seu dia-a-dia, foi finalidade dos investigadores proceder à sua avaliação.

O Índice de Katz traduziu que na maioria dos utentes (62 %) se obtiveram ganhos de autonomia nas atividades da vida diárias. Este resultado é significativo, dado que em estudos empíricos sobre o envelhecimento, Katz apurou que a perda da capacidade funcional ocorre numa ordem particular, sendo que a função mais complexa é a primeira a ser perdida. Katz sugere ainda que, durante a reabilitação, as capacidades são ganhas de acordo com a sua ascendente complexidade, na mesma ordem em que são adquiridas inicialmente pelas crianças. Salaria também que a escala de AVD parece refletir as funções biológicas e psicossociais primárias (Katz *et al.*, 1963; cit por Duarte, 2007). Do exposto emerge ser de primordial importância promover a autonomia da pessoa e proceder à monitorização clínica da mesma.

O Índice de Lawton mostrou que 61% dos utentes tiveram ganhos de autonomia nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Estas exploram um nível mais complexo de funcionalidade e descrevem as atividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às atividades comunitárias. Dado serem influenciadas cognitivamente, a sua promoção e a avaliação do seu restabelecimento são essenciais para garantir a missão da ECCI.

Apesar de ser um processo moroso e que acarreta dificuldades não só para os utentes como para os seus cuidadores / família, a reeducação das atividades da vida diária é essencial para a reinserção sócio – familiar. Para capacitar o utente nas atividades do autocuidado e de vida diária, é preciso tempo para ensinar e treinar junto com o utente e cuidadores / família, de forma a que seja *ele* (utente) *ou alguém por ele* (cuidadores), a fazer o máximo de atividades possíveis. O Índice de Barthel tornou patente que 72 % dos utentes tiveram ganhos de autonomia nas atividades instrumentais de vida diárias, pelo que se considera que a ECCI de Tarouca atingiu os objetivos clínicos.

Os ganhos em saúde, correspondem ao que Donabedian (1988) cit. por Azevedo (2007, p.37) considera resultado. Este autor refere que os resultados dependem da mudança obtida na saúde de cada pessoa. Esta é, de facto uma vertente importante pois permite, verdadeiramente, avaliar a qualidade do serviço prestado, dado que a prática está diretamente relacionada com a mudança de saúde da pessoa.

No global, 77 % dos utentes tiveram alta por terem atingido os objetivos clínicos, delineados no plano individual de intervenção. Aceita-se, por isso, que as diferentes intervenções de reabilitação cumpriram os pressupostos descritos na literatura científica e atrás citados, que consistem entre outros, em ajudar os doentes a adaptarem-se às suas incapacidades, favorecer a sua recuperação funcional, motora e sensorial e promover a sua integração familiar, social e profissional. Cumpriram ainda com o referencial da profissão preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), quando refere que os cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital, têm como objetivo “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2012).

CONCLUSÕES

Os ganhos em saúde, relacionados com os cuidados no domicílio ao utente dependente, estão identificados e representam os ganhos em conhecimento e em capacidades do utente e família em determinadas áreas, nomeadamente no autocuidado e na autonomia nas atividades de vida diária.

O desenvolvimento e consecução deste estudo, permitiu atingir o objetivo delineado e constatar que na realidade, o trabalho e empenho dos profissionais, parece contribuir positivamente para que as pessoas apresentem níveis de independência funcional mais elevados. Constatou-se que a maioria dos utentes obteve ganhos em saúde: 62% na autonomia, funcionalidade e nas atividades da vida diárias; 72% pontuou com independência nas atividades básicas de vida; 70,3% manteve a funcionalidade;

87,5% alcançaram ganhos no equilíbrio e marcha e 60% tiveram ganhos no controlo da dor.

Partilhamos com outros a convicção de que a manutenção da independência funcional se torna essencial, para existir qualidade de vida, pelo que se tecem em seguida algumas sugestões com implicações para a prática clínica:

- Manter e melhorar a independência funcional do utente iniciando programas de reabilitação o mais precocemente possível;
- Implementar ações educativas para cuidadores informais com o intuito de promover a saúde e prevenir incapacidades;
- Intensificar apoio das instituições de carácter social às famílias dos utentes com dependência, de modo a garantir a sua qualidade de vida, independência e autonomia, indicativos de envelhecimento saudável e bem-sucedido;
- Criar uma rede de apoio informal (família, amigos e vizinhos) e formal (apoio institucional) que procure solucionar/minimizar problemas através de estratégias integradas (inter-institucional e multi-sectorial) com vista à promoção da autonomia do utente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, M. F. F. (2007). *Cuidar da mãe e do filho, contributos dos cuidados de enfermagem, nos primeiros dias após o nascimento* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7174/2/cuidar%20da%20me%20e%20do%20filhocontributos%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>
- Decreto-Lei n.º 8/2010 (2010, janeiro 28). Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência [Portugal]. *Diário da República*, 1(19), 257-263. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/616776/details/maximized>
- Diogo, M. J. D. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(1), 75-81.
- Duarte, J. (2007). *Glossário de comunicação pública*. Brasília: Casa das Musas.
- Hoeman, S. P. (2000). Bases conceptuais da enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação* (2ª ed., cap. 1, pp. 3-22). Lisboa: Lusociência.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Processo e aplicação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Lemos, N., & Medeiros, S. L. (2002). Suporte social ao idoso dependente. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. K. Gorzoni, & S. M. Rocha, S. M. (Editores.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 892-897). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Acedido em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Millenium, 2(ed espec nº 5), 247-259.

pt

A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA DIABETES MELLITUS: DETERMINANTE FUNDAMENTAL NA GESTÃO E CONTROLO DINÂMICO DAS IMPLICAÇÕES DA DOENÇA

HEALTH EDUCATION IN DIABETES MELLITUS: A FUNDAMENTAL DETERMINANT IN THE MANAGEMENT AND DYNAMIC CONTROL OF THE IMPLICATIONS OF THE DISEASE

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN DIABETES MELLITUS: DETERMINANTE FUNDAMENTAL EN EL MANEJO Y CONTROL DINÁMICO DE LAS IMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

Irene Batista¹

Madalena Cunha²

Albertina Dias³

Ana Margarida Simões³

Cláudia Teixeira³

¹ Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

³ Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Irene Batista - ir.batista@hotmail.com | Madalena Cunha - iolmadalena2@gmail.com | Albertina Dias - albertina65dias@gmail.com |

Ana Margarida Simões - margarida_soares@hotmail.com | Cláudia Teixeira - enfclaudia@sapo.pt



Autor Correspondente

Irene Batista

Avenida António José de Almeida - Edifício MAS

3514-511 Viseu - Portugal

ir.batista@hotmail.com

RECEBIDO: 11 de dezembro de 2019

ACEITE: 28 de abril de 2020

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) é um problema de saúde pública global, que tenderá a aumentar exponencialmente nos próximos anos, trazendo consigo uma morbidade e mortalidade elevadas, e por conseguinte, custos humanos, sociais e económicos gigantes. Urge portanto travar esta epidemia, capacitando as pessoas com diabetes e a população em geral, de forma a prevenir a doença e as suas complicações.

A educação para a saúde promovida por profissionais credenciados assume-se como uma mais-valia eficaz, com ganhos diretos nos indicadores epidemiológicos da saúde do indivíduo e comunidade, sociais e económicos dos países.

Objetivos: Determinar a tipologia das intervenções diferenciadas em educação para a Saúde, realizadas pela equipa de enfermagem da Unidade de Diabetes do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, no 1º semestre de 2017.

Métodos: O estudo exploratório com foco transversal foi realizado numa amostra composta por 81 pessoas, predominantemente envelhecida, com uma média de idades de 71,1 anos, com 59 pessoas (72,8%), com idade igual ou superior a 65 anos, contra 22 pessoas (27,2%) com idade compreendida entre os 39 e os 65 anos, sendo 50 pessoas, (61,7%) do sexo masculino e 31 pessoas, (38,3%) do sexo feminino. A recolha de informação teve por base o levantamento de todas as consultas solicitadas pelos diversos serviços hospitalares, à equipa de enfermagem da Unidade de Diabetes. Foi suportada numa grelha de avaliação ad hoc criada para o efeito e teve como foco a informação existente nos processos clínicos.

Resultados: A Diabetes tipo 2 é predominante, em 98,8% da amostra, sendo que na sua maioria (n=57, 70,4%) o diagnóstico de DM era já conhecido. A insulina constitui o tratamento de eleição em 80,2% dos casos (n=65). A principal causa das solicitações para ensinos prendeu-se com a gestão da administração/tratamento com insulina em 86,4%. (70 ensinos), nomeadamente preparação e administração de insulina, locais a administrar, gestão do regime terapêutico e hipo e hiperglicemias; seguido da vigilância da glicemia capilar em 77,8%, (63 ensinos), cuidados a ter com o pé, e calçado da pessoa portadora de Diabetes em 13,6% (11 ensinos). Os ensinos foram realizados à própria pessoa com DM em 31 dos casos (38,3%), havendo necessidade de fazer os ensinos ao prestador de cuidados em 32 casos (39,5%) e a ambos em 18 casos (22,2%).

Conclusões: Denota-se a baixa literacia da população, nomeadamente da idosa, para a gestão do estado de saúde-doença das pessoas com DM, evidenciado pela necessidade de ensinos em doentes com diagnóstico prévio de DM, e a necessidade de serem instruídos planos de educação formais porquanto a educação para a saúde é essencial na abordagem à pessoa com Diabetes Mellitus. Esta visa capacitar a pessoa para que a mesma usufrua em pleno da vida, e se mantenha o mais saudável possível. Enquanto pilar terapêutico, a educação para a saúde deve ser privilegiada pelos serviços de saúde, de forma a auxiliar as pessoas com DM a gerir o padrão alimentar e o seu regime terapêutico, diminuindo as suas complicações, morbi e mortalidade, e consequentemente os custos associados. A mesma deve ser realizada por profissionais especializados, com conhecimentos científicos aprofundados na área objeto de intervenção, que deve estar ainda capacitada por competências interpessoais acrescidas de forma a facilitar o processo. Deve ser dada ênfase aos familiares/cuidadores enquanto parte complementar do processo de capacitação, como parceiro e estímulo motivacional.

Palavras-chave: diabetes mellitus; educação para a saúde; empowerment

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a global public health problem, which will tend to increase exponentially in the coming years, bringing with it high morbidity and mortality, and therefore, enormous human, social and economic costs. It is therefore urgent to stop this epidemic by empowering people with diabetes and the general population to prevent the disease and its complications.

Health education promoted by accredited professionals assumes an effective value, with direct gains in the epidemiological indicators of the health of the individual and community, social and economic of the countries.

Objectives: To determine the differentiated interventions in health education carried out by the nursing team of the Diabetes Unit of the Center Hospital Tondela-Viseu in the first half of 2017.

Methods: The exploratory cross-sectional study was performed on a sample composed of 81 people, predominantly aged, with a mean age of 71.1 years, with 59 people (72.8%), aged 65 years or over, against 22 people (27.2%), aged between 39 and 65, with 50 people (61.7%) male and 31 (38.3%) female. The collection of information was based on the survey of all the consultations requested by the various hospital services, to the nursing team of the Diabetes Unit. It was supported by an ad hoc evaluation grid, created for this purpose and focused on the information existing in the clinical processes.

Results: Type 2 diabetes is predominant in 98.8% of the sample, and the majority (n = 57, 70.4%) of DM were diagnosed. Insulin is the treatment of choice in 80.2% of the cases (n = 65). The main cause of requests for instruction related to the management of insulin administration / treatment in 86.4%. (70 lessons), namely insulin preparation and administration, sites to administer, management of the therapeutic regimen and hypo and hyperglycemia; followed by monitoring of capillary glycemia in 77.8% (63 lessons), foot care, and footwear of the person with Diabetes in 13.6% (11 lessons). Teaching

were made to the person with DM in 31 of the cases (38.3%); there was a need to teach the caregiver in 32 cases (39.5%) and in both cases in 18 cases (22.2%).

Conclusions: The low literacy of the population, namely the elderly, for the management of the health-disease status of people with DM, is evidenced by the need for teaching in patients with a previous diagnosis of DM, and the need to be instructed in health plans. Formal education as health education is essential in the approach to people with Diabetes Mellitus. It aims to enable the person to enjoy the full life, and to stay as healthy as possible. As a therapeutic pillar, health education should be privileged by the health services, in order to help people with DM to manage the dietary pattern and its therapeutic regimen, reducing its complications, morbidity and mortality, and consequently associated costs. It should be carried out by specialized professionals with in-depth scientific knowledge in the area of intervention, which should be further enabled by interpersonal skills added in order to facilitate the process. Emphasis should be placed on family members / caregivers as a complementary part of the training process, as a partner and motivational stimulus.

Keywords: diabetes mellitus; health education; empowerment

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública global, que tenderá a aumentar exponencialmente en los próximos años, con una elevada morbilidad y mortalidad, por lo que los costos humanos, sociales y económicos gigantes. Por lo tanto, es necesario frenar esta epidemia, capacitando a las personas con diabetes ya la población en general, para prevenir la enfermedad y sus complicaciones.

La educación para la salud promovida por profesionales acreditados se asume como una plusvalía eficaz, con ganancias directas en los indicadores epidemiológicos de la salud del individuo y comunidad, sociales y económicos de los países.

Objetivos: Determinar la tipología de las intervenciones diferenciadas en educación para la salud, realizadas por el equipo de enfermería de la Unidad de Diabetes del Centro Hospitalario Tondela-Viseu, en el primer semestre de 2017.

Métodos: El estudio exploratorio con foco transversal fue realizado en una muestra compuesta por 81 personas, predominantemente envejecida, con una media de edades de 71,1 años, con 59 personas (72,8%), con edad igual o superior a 65 años, (22,2%), con una edad comprendida entre los 39 y los 65 años, siendo 50 personas (61,7%) del sexo masculino y 31 personas (38,3%) del sexo femenino. La recogida de información se basó en el levantamiento de todas las consultas solicitadas por los diversos servicios hospitalarios, al equipo de enfermería de la Unidad de Diabetes. Fue apoyado por una cuadrícula de evaluación ad hoc creada para este propósito y enfocada en la información existente en los procesos clínicos.

Resultados: La muestra compuesta por 81 personas, es predominantemente envejecida, con una media de edades de 71,1 años, con 59 personas (72,8%), con edad igual o superior a 65 años, contra 22 personas (27,2) con una edad comprendida entre los 39 y los 65 años, siendo 50 personas (61,7%) del sexo masculino y 31 personas (38,3%) del sexo femenino. La diabetes tipo 2 es predominante, en 98,8% de la muestra, siendo que en su mayoría (n = 57, 70,4%) el diagnóstico de DM era ya conocido. La insulina constituye el tratamiento de elección en el 80,2% de los casos (n = 65). La principal causa de las solicitudes de enseñanza se prendió con la gestión de la administración / tratamiento con insulina en el 86,4%. (70 enseñanzas), en particular preparación y administración de insulina, locales a administrar, gestión del régimen terapéutico e hipo e hiperglicemias; seguido de la vigilancia de la glucemia capilar en 77,8% (63 enseñanzas), cuidados a tener con el pie, y calzado de la persona portadora de Diabetes en el 13,6% (11 enseñanzas). Las enseñanzas se realizaron a la propia persona con DM en 31 de los casos (38,3%), habiendo necesidad de hacer las enseñanzas al prestador de cuidados en 32 casos (39,5%) ya ambos en 18 casos (22,2%).

Conclusiones: La baja alfabetización de la población, es decir, los ancianos, para el manejo del estado de salud y enfermedad de las personas con DM, se evidencia por la necesidad de enseñar en pacientes con un diagnóstico previo de DM, y la necesidad de ser instruidos en los planes de salud. La educación formal como educación para la salud es esencial para abordar a las personas con diabetes mellitus. El objetivo es permitir que la persona pueda disfrutar plenamente de la vida y mantenerse lo más saludable posible. Como pilar terapéutico, los servicios de salud deberían privilegiar la educación sanitaria para ayudar a las personas con DM a controlar su patrón dietético y su régimen terapéutico, reduciendo sus complicaciones, morbilidad y mortalidad y, en consecuencia, los costos asociados. Lo mismo debe ser realizado por profesionales especializados, con un profundo conocimiento científico en el área que es objeto de intervención, quienes también deben ser entrenados por habilidades interpersonales incrementadas para facilitar el proceso. Se debe hacer hincapié en los miembros de la familia / cuidadores como parte complementaria del proceso de capacitación, como pareja y estímulo motivacional.

Palabras claves: diabetes mellitus; educación para la salud; empowerment

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM), é uma doença crónica que tem vindo a aumentar a sua prevalência ao longo dos anos. Constitui na atualidade um grave problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, e que causa com o desenrolar da doença, uma elevada taxa de complicações, morbilidade e mortalidade, a quem foram atribuídos 1,5 milhões de óbitos no ano de 2012, (World Health Organization, 2016, p.6). Estima-se que existam cerca de 500 milhões de pessoas com diabetes em todo o mundo, número esse que pode ascender aos 693 milhões no ano de 2045, (International Diabetes Federation, 2017, p.6,7).

Em Portugal já no ano de 2015, a prevalência estimada de diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, foi de 13,3%, (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p.8). A International Diabetes Federation (2017, p.41) refere que no ano de 2017 a prevalência mundial de pessoas com diabetes foi de 8,8% com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos. Refere ainda que a grande maioria das pessoas com diabetes residentes nos países desenvolvidos, entre 87% e 91%, é afetada pela DM tipo 2, (International Diabetes Federation, 2017, p.43).

Alterações do estilo de vida podem diminuir o risco de DM tipo 2, bem como as suas complicações e mortalidade, (International Diabetes Federation, 2017, p.7), pelo que a educação para a saúde é um pilar na abordagem à pessoa com diabetes mellitus, visando capacitar a pessoa para que a mesma usufrua em pleno da vida, e se mantenha o mais saudável possível, numa população predominantemente envelhecida e com baixos conhecimentos e capacidades para controlar a sua DM e prevenir as possíveis complicações a ela associada.

As taxas de prevalência da doença estão a aumentar exponencialmente, em pessoas comparativamente jovens e produtivas, o que acarretará custos colossais para os diversos países, relacionados com tratamento da doença e das suas complicações, aliadas à possibilidade de elevadas taxas de absentismo.

A diabetes mellitus é uma entidade nosológica que fica para a vida pelo que urge tentar travar esta epidemia, quer por parte dos governos e das organizações de saúde, mas também da própria sociedade e de todos os cidadãos, através da modificação dos seus estilos de vida de modo a tornarem-se mais saudáveis e serem mais proativos e responsabilizados pela sua saúde.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel basilar em todo este processo, quer capacitando os indivíduos a prevenir a doença, quer a adotar hábitos de vida saudáveis, a aderir e gerir a sua terapêutica e os seus autocuidados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A DM descreve um distúrbio metabólico de etiologias diversas, que se manifesta por uma hiperglicemia crónica, (Filho e Barros, 2013, p. 155), com perturbação do metabolismo dos hidratos de carbono, proteínas e lípidos, resultante de irregularidades na secreção de insulina, da sua ação, ou ambos, (Seherawat, 2014, p.24).

O diagnóstico clínico de DM é frequentemente sugerido pela presença dos sintomas caraterísticos, infeções recorrentes, perda acentuada de peso, e em casos graves alterações do estado de consciência, como estupor e coma.

Os exames complementares de diagnóstico utilizados para o seu diagnóstico são análises sanguíneas laboratoriais, com pesquisa de glicemia em jejum, prova de tolerância oral à glicose (PTGO), hemoglobina glicosilada (HbA1c), e ocasionalmente uma pesquisa de glicemia capilar, (Filho & Barros, 2013, p.160).

A Direção Geral da Saúde de Portugal (DGS, 2011, p.1) define como critérios para o diagnóstico de DM, umas das seguintes situações:

- Glicose plasmática em jejum ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l). O jejum é definido como ausência de ingestão calórica nas oito horas anteriores à colheita de sangue;
- Glicose plasmática após 2 horas ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) após uma PTGO. O teste deve ser realizado utilizando uma dose de glicose contendo o equivalente a 75 g de glicose anidra dissolvida em água;
- HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol);
- Glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), associada a sintomas clássicos de DM.

O Comité de Peritos sobre Diagnóstico e Classificação da DM, da American Diabetes Association (2017, p.13), refere a existência de valores de glicemia demasiado altos para serem considerados normais, mas que não se enquadram ainda nos critérios de diagnóstico de DM, a que denominaram de “Pré-diabetes”, para valores de HbA1c entre 5,7 a 6,4% (39-47mmol/mol).

A International Diabetes Federation, (2017, p.16), sustenta que DM pode ser classificada principalmente em três categorias:

- Diabetes tipo 1, devido à destruição de células β autoimunes, levando normalmente a deficiência absoluta de insulina;
- Diabetes tipo 2, originada por uma perda progressiva de secreção de insulina das células β , frequentemente tendo como fundo resistência à insulina;
- Diabetes Mellitus Gestacional, diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez.

A hiperglicemia crónica presente na DM está associada a disfunção, a danos prolongados e à falha de diferentes órgãos especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, (World Health Organization, 2016, p.13).

As complicações da DM a longo prazo incluem retinopatia com potencial perda de visão; nefropatia que pode levar a insuficiência renal; neuropatia periférica com risco aumentado de úlceras nos pés, amputações e artropatia de Charcot; e neuropatia autonómica que causa sintomas gastrointestinais, genitourinários, cardiovasculares e disfunção sexual. A pessoa com DM apresenta um risco aumentado de doença aterosclerótica, cardiovascular, vascular periférica e cerebrovascular. A hipertensão e as anormalidades do metabolismo das lipoproteínas são ainda frequentemente encontradas em pessoas portadoras de DM, (American Diabetes Association, 2010, p.62).

Os objetivos do tratamento da DM são eliminar os sintomas relacionados com a hiperglicemia, e reduzir complicações a longo prazo, (Filho & Barros, 2013, p.160), pelo que a abordagem terapêutica a utilizar deverá ser diferenciada, mas global, e incluirá sempre intervenções ao nível da dieta, atividade física e medicação, de forma a manter o equilíbrio metabólico, com consequente redução do risco de complicações micro e macrovasculares, (Cruz, Leitão & Ferreira, 2016, p.189). Neste âmbito, a educação terapêutica assume-se como premissa básica e propedêutica da intervenção terapêutica.

Sendo a DM uma doença crónica complexa, que requer cuidados de saúde contínuos com estratégias de redução do risco multifatorial, além do controle glicémico a didática terapêutica deve incluir planos personalizados ao longo do ciclo vital. A educação e o apoio contínuo de auto-gestão da pessoa com DM, são fundamentais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. (American Diabetes Association, 2014, p.14).

A educação para a saúde pode ser considerada como uma parte integrante e muito importante, dos esforços para a promoção da saúde por parte de cada pessoa. Traduz-se no “empowerment” dos indivíduos, grupos e em última análise das comunidades, capacitando-os para uma análise crítica, determinantes de saúde e consequentemente uma escolha fundamentada de comportamentos saudáveis.

O papel do profissional de saúde é preponderante, daí que ao planear a educação para a saúde, o profissional terá de estar dotado de conhecimentos científicos, sendo ainda fundamentais as competências interpessoais, promotoras da identificação da necessidade, e vontade para a mudança de comportamentos pela pessoa, (Peixoto, 2013, p.101). Neste âmbito a informação proporcionada pelos enfermeiros, capacita as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde, (Stanhope & Lancaster, 2011, p.304).

A educação e o suporte à autogestão da pessoa com DM constituem um elemento crítico de cuidados, como processo contínuo facilitador de conhecimentos e habilidades necessárias para o auto cuidado, e de atividades que ajudam a pessoa com DM a implementar e manter comportamentos necessários a gerir a sua doença de forma contínua, (Beck et al, 2017, p.1).

Cunha (2008, p.293), aponta a família e os profissionais de saúde como pilares para um melhor controlo metabólico pelas pessoas portadoras de DM tipo1, e sugere que para a promoção de um controlo metabólico, existe necessidade de se ter em consideração o incremento do apoio social à pessoa com DM, principalmente a nível informativo e instrumental, e um suporte emocional efetivo de forma a encorajar o autocontrolo. A autora enfatiza ainda a importância da manutenção de um programa de exercício físico regular, e a aprendizagem por parte das pessoas com DM, de um conjunto de estratégias de confronto com a doença do tipo instrumental, (como resolução de problemas específicos, comportamento assertivo, a procura de apoio e análise de informações relevantes), no sentido de influenciar o controle metabólico.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde considerados como principais facilitadores do apoio educativo e do autocuidado às pessoas com diabetes, sendo que a evidência enfatiza a necessidade de intervenções centradas na pessoa, nas suas características pessoais e no significado que as próprias atribuem à diabetes, ou à forma como a posicionam na sua vida, (Cardoso, Queirós & Ribeiro, 2015, p. 246).

A realização de educação para a saúde em pessoas com DM, mostrou melhorar o seu controle glicémico substancialmente, sendo o efeito da educação para a saúde sustentado por um período de até dois anos. De realçar que a redução de HbA1c das pessoas analisadas, foi significativamente maior em pessoas com diagnóstico de DM inferior a 1 ano, comparativamente com aqueles em que o diagnóstico de DM era superior a 1 ano, (Nicoll, et al, 2014, p.210).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes e o Processo Assistencial Integrado da diabetes mellitus tipo 2, estipula níveis de diferenciação das consultas para as pessoas com diabetes. Na base do modelo organizacional, estão as consultas especializadas de diabetologia em ambulatório, na área de residência das pessoas com DM, nas Unidades de Saúde Familiares (USF's) e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's), e num nível seguinte, as consultas especializadas de diabetologia a nível hospitalar nas Unidades Integradas de Diabetes (UID), no hospital de referência de cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). A promoção da interligação entre os prestadores de cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares, compete às Unidades Coordenadoras Funcionais para a Diabetes, bem como a criação de condições para um funcionamento integrado do sistema de saúde. As UID integram especialidades médicas de endocrinologia, medicina interna e pediatria, enfermeiros com formação específica em diabetes, nutricionista ou dietista, podologia e outras especialidades médicas disponíveis (Portugal, Ministério da Saúde, 2013, p.7528).

Nas unidades hospitalares são acompanhadas todas as pessoas com diabetes mellitus tipo 1, bem como pessoas com diabetes mellitus tipo 2 referenciadas pelo médico de Medicina Geral e Familiar das USF's e UCSP's. São critérios de referência de pessoas com DM tipo 2: valor de HbA1c $\geq 8,0\%$, após educação terapêutica, reavaliação da história clínica e adaptação da

estratégia farmacológica, sem melhoria ao fim de 6 meses; e qualquer situação clínica que se considere necessária encaminhar para apreciação nos cuidados hospitalares, no caso de labilidade e/ou comorbilidades associada (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2013, p.36).

A coordenação entre os diferentes níveis de cuidados é fundamental para a melhoria dos processos assistenciais e acompanhamento da diabetes, permitindo melhoria dos indicadores clínicos, com diminuição da morbilidade e mortalidade, bem como elevados padrões de qualidade dos cuidados, com tempos de acesso adequados, prestados por equipas multidisciplinares altamente diferenciadas, com aumento do grau de satisfação da pessoa com diabetes (Portugal, Ministério da Saúde, 2013, p.7528).

A literatura científica aponta para níveis de conhecimentos insuficientes e inadequados das pessoas com DM, conhecimentos e capacidades que se revelam incapazes para a promoção da sua saúde e prevenção da doença aliados aos cuidados de saúde (Araújo et al, 2018, p.73), implicando incapacidade em atingir as metas e em ultrapassar dificuldades relativas à sua doença, culminando num aumento substancial das complicações relacionadas com a DM, que atingem cerca de metade das pessoas portadoras de diabetes (Santos, 2016, p.58-59).

2. MÉTODOS

Face à importância do trabalho realizado pelas equipas de enfermagem que desenvolvem a sua atividade na área da DM, concetualizou-se um estudo exploratório transversal com foco retrospectivo. O desenho do estudo é de natureza descritiva, e a metodologia de análise dos dados é quantitativa. Procedeu-se ao levantamento de todas as consultas solicitadas pelas diversas unidades/serviços de diferentes especialidades, e realizadas por profissionais de Enfermagem, da Unidade de Diabetes do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). Foram analisados os principais motivos de solicitação para a realização das consultas, bem como das pessoas com diabetes que beneficiaram das mesmas, durante o primeiro semestre do ano de 2017.

A investigação foi orientada pela seguinte questão de investigação: *Qual a tipologia das intervenções diferenciadas em educação para a saúde, realizados a pessoas com diabetes mellitus pelos enfermeiros com competências avançadas na área da diabetes?*

O objetivo principal do estudo foi determinar a tipologia das intervenções diferenciadas em educação para a Saúde, realizadas pela equipa de enfermagem da Unidade de Diabetes do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, (CHTV), no 1º semestre de 2017. Especificamente procurou-se avaliar a tipologia das intervenções solicitadas por outras/os unidades/serviços de especialidades do hospital. Como objetivos secundários procurou-se: identificar os serviços requisitantes; caracterizar as pessoas alvo de intervenção; e apurar o tipo de ensinamentos realizados pelas enfermeiras da unidade de diabetes.

2.1 Participantes

Para a constituição da amostra recorreu-se a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, constituída por pessoas com o diagnóstico prévio ou inaugural de DM. Na determinação da amostra empregaram-se como critérios de inclusão: utentes com o diagnóstico de diabetes, internados nas/nos diversas unidades/serviços de especialidades do CHTV, no 1º semestre de 2017, e que foram alvo de ensinamentos para a saúde, por parte da equipa de enfermagem da Unidade de Diabetes. Ficaram excluídos todos os utentes com o diagnóstico de DM internados no referido período, que não beneficiaram dessa intervenção.

Os utentes constituintes da amostra encontravam-se internados quer pelo diagnóstico inaugural de DM, quer pela agudização de diversas patologias, em que era sobreponível o descontrolo metabólico relacionado com a diabetes nessa agudização.

Os ensinamentos desenvolvidos pela equipa de enfermagem da unidade de diabetes foram solicitados pela equipa médica e de enfermagem das unidades/serviços de especialidades de internamento.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A recolha dos dados foi suportada numa *Grelha de Avaliação ad hoc* criada para o efeito e teve como foco a informação existente nos processos clínicos com registo em suporte de papel, existentes no arquivo na Unidade de Diabetes do CHTV. Concretamente recorreu-se a informação existente em formulário específico para pedidos de colaboração/solicitação, por parte dos outros serviços do hospital.

O instrumento de colheita de dados ficou constituído por três grupos de questões, de forma a permitir a recolha de informação com a maior celeridade e com o mínimo de interferência e influência externa. Incluiu perguntas acerca dos dados sociodemográficos (sexo, idade e concelho de residência), dados clínicos (data do diagnóstico de DM, terapêutica em uso para a doença e serviço de internamento), e dados relativos aos ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem da Unidade de Diabetes (motivo das solicitações do pedido de consultas de enfermagem e pessoa (s) alvo(s) dos ensinamentos pelos profissionais).

2.3 Procedimentos formais, legais e estatísticos

A Unidade de Diabetes do CHTV integra uma unidade do serviço de Medicina do CHTV. Apresenta uma direção própria, constituída pelo diretor de serviço, coordenadora da unidade e enfermeira chefe. Conta com uma equipa multidisciplinar vasta e abrangente, que contribui para um atendimento muito diferenciado aos seus utentes.

A pessoa com DM é encaminhada para a Unidade de Diabetes por outros serviços hospitalares, pelo ACeS Dão Lafões, e inclusive de outros hospitais como é o caso da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda. Após a receção do pedido de consulta na Unidade de Diabetes, existe a preocupação de junto com a pessoa com diabetes, traçar um plano individualizado de intervenção atingível, face aos objetivos da própria pessoa e da equipa, em colaboração com o próprio utente e seus familiares/cuidadores, caso exista essa necessidade. As competências necessárias ao utente ou familiares/cuidadores são treinadas até à sua aquisição. Apesar de estabelecido, não existe do ponto de vista formal um protocolo ou um programa de intervenção instituído.

O estudo obteve parecer favorável do dirigente da unidade, dado ser do interesse da instituição apurar como decorre neste âmbito o processo assistencial.

Na análise estatística dos dados foi utilizado como suporte informático, o programa IBM SPSS Statistics, e foram utilizadas técnicas da estatística descritiva.

3. RESULTADOS

O estudo envolveu um total de 81 pessoas, com idades compreendidas entre os 39 e os 95 anos, cuja média de idades é de 71,1 anos, sendo 61,7% (50 pessoas) do sexo masculino e 38,3% (31 pessoas) do sexo feminino. O sexo masculino apresenta uma idade mínima de 39 anos e uma idade máxima de 95, com uma média de idades de 69 anos ($\pm 11,7$, desvio padrão), enquanto o sexo feminino apresenta uma idade mínima de 46 anos e máxima de 94 anos, com uma média de idades de 74,5 anos ($\pm 13,9$, desvio padrão).

Trata-se de uma amostra predominantemente envelhecida com 59 pessoas (72,8%), com idade igual ou superior a 65 anos, contra 22 pessoas (27,2%) com idade compreendida entre os 39 e os 65 anos.

A prevalência de ensinamentos para a saúde foi de 100%, uma vez que foi dada resposta a todos os pedidos de solicitação pelas diversas unidades / serviços.

A quase totalidade da amostra, 98,8% (80 pessoas) possuíam DM tipo 2 e apenas 1,2% (1 pessoa) detinha diagnóstico de DM tipo 1, sendo a mesma do sexo feminino.

Um total de 57 pessoas (70,4%) tinham já o diagnóstico prévio de DM. De salientar que o diagnóstico inaugural de DM foi realizado nesse internamento a 24 pessoas (29,6%), sendo 18 pessoas (22,2%) do sexo masculino, e as restantes 6 pessoas (7,4%) do sexo feminino. Das 24 pessoas a quem foi feito o diagnóstico inaugural de DM, 10 pessoas apresentavam menos de 65 anos de idade e as restantes 14 tinham à altura do diagnóstico, idade igual ou superior a 65 anos de idade, (Cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra relativamente à data de Diagnóstico de Diabetes

Diagnóstico de Diabetes	Sexo				Idade				Total	
	Masculino		Feminino		<65anos		≥65anos		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Prévio	32	39,5	25	30,9	12	14,8	45	55,6	57	70,4
Inaugural	18	22,2	6	7,4	10	12,3	14	17,3	24	29,6
Total	50	61,7	31	38,3	22	27,2	59	72,8	81	100

A maioria dos participantes (80,2%) estava medicada apenas com insulina, sendo que 14,8% estavam medicados apenas com antidiabéticos orais (ADO), e 4,9% tinham uma terapêutica combinada com ADO e insulina, (Cf. Tabela 2). Das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, um total de 49 pessoas (83,1%) estavam medicadas apenas com insulina, 6 pessoas (10,2%) estavam medicadas apenas com ADO, e 4 pessoas (6,8%) possuíam uma terapêutica combinada.

Tabela 2 - Tratamento farmacológico específico da diabetes

Terapêutica	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Insulina	38	46,91	27	33,33	65	80,25
Antidiabéticos Oraís (ADO)	9	11,11	3	3,70	12	14,81
Terapêutica combinada: Insulina + Antidiabéticos Oraís	3	3,7	1	1,23	4	4,94
Total	50	61,72	31	38,27	81	100

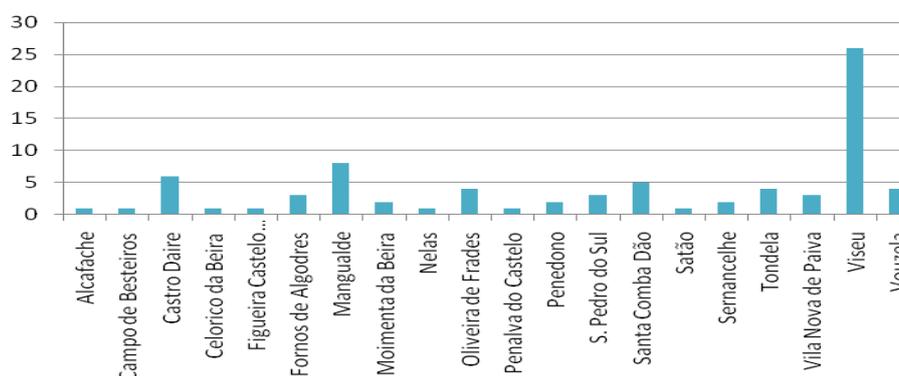
Com idade inferior a 65 anos registaram-se 16 pessoas (72,7%) que estavam medicadas apenas com insulina e 6 pessoas (27,3%) medicadas apenas com ADO, não se verificando situação de terapêutica mista.

Dos participantes que tinham como tratamento a insulina, 52 (64,2%) estavam medicados apenas com insulina lenta, 11 (13,6%) com insulina lenta e insulina rápida, 4 (4,9%) com insulina mista e 2 (2,5%) estavam medicados apenas com insulina rápida.

- **Concelho de Residência das Pessoas com Diabetes**

O concelho de residência das pessoas com diabetes com maior representatividade foi o de Viseu com 26 pessoas, seguido do concelho de Mangualde com 8, e do concelho de Castro Daire com 6. Os restantes estão distribuídos por vários concelhos como se pode observar no gráfico 1, pertencentes aos distritos de Viseu e da Guarda.

Gráfico 1- Distribuição dos participantes por concelho de residência



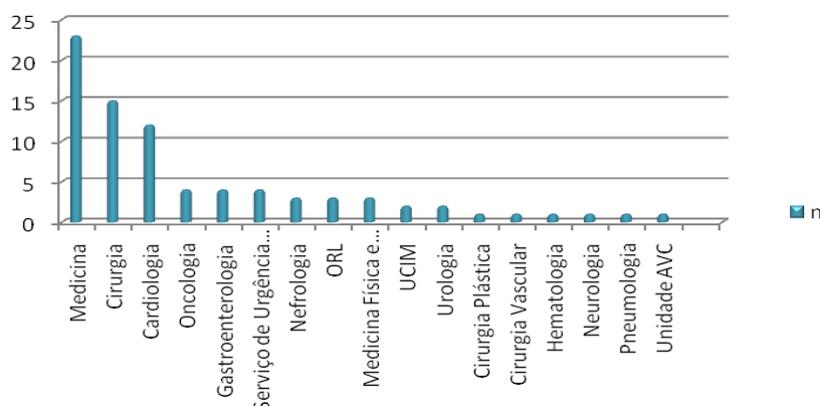
- **Unidades/Serviços/Especialidades clínicas requisitantes dos ensinios**

O serviço hospitalar que solicitou um maior número de vezes a colaboração das enfermeiras da Unidade de Diabetes foi o serviço de Medicina com 23 pedidos de colaboração, seguido do serviço de Cirurgia com 15 e do serviço de Cardiologia com 12. (Cf. Tabela 3 e Gráfico 2).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes por unidade/serviço hospitalar requisitante

Unidade / Serviço Requisitante	n	%
Medicina	23	28,4
Cirurgia	15	18,5
Cardiologia	12	14,8
Oncologia	4	5
Gastroenterologia	4	5
Serviço de Urgência Geral	4	5
Nefrologia	3	3,7
ORL	3	3,7
Medicina Física e Reabilitação	3	3,7
UCIM	2	2,5
Urologia	2	2,5
Cirurgia Plástica	1	1,2
Cirurgia Vascular	1	1,2
Hematologia	1	1,2
Neurologia	1	1,2
Pneumologia	1	1,2
Unidade AVC	1	1,2
Total	81	100

Gráfico 2-Distribuição dos participantes por unidade/serviço hospitalar requisitante



• **INTERVENÇÕES DIFERENCIADAS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE, REALIZADOS A PESSOAS COM DIABETES MELLITUS PELOS ENFERMEIROS COM COMPETÊNCIAS AVANÇADAS NA ÁREA DA DIABETES**

• **Motivos do pedido de Consulta de Enfermagem**

A principal causa das solicitações para as intervenções diferenciadas em educação para a saúde, prendeu-se com a gestão da administração/tratamento com insulina em 86,4%. (70 ensinios), nomeadamente preparação e administração de insulina, locais a administrar, gestão do regime terapêutico e hipo e hiperglicemias; seguido da vigilância da glicemia capilar em 77,8%, (63 ensinios), cuidados a ter com os pés, e calçado da pessoa com Diabetes em 13,6% (11 ensinios). Independentemente da principal causa de solicitação, foram feitos diferentes ensinios à mesma pessoa, sendo que os ensinios relativos à alimentação foram realizados à totalidade da amostra (100%); sobre vigilância da glicemia capilar em 77,8% dos casos (63 ensinios), e foram fornecidos equipamentos (glucómetros e/ou caneta de insulina) e realizados ensinios relativos à sua utilização em 44,5% (36 ensinios), (Cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Tipologia dos ensinios realizados

Tipos de ensinios / intervenções realizadas	n	%
Cuidados alimentares	81	100
Preparação e administração de insulina	70	86,4
Vigilância de glicemia capilar	63	77,8
Fornecimento de glucómetro e sua utilização	36	44,5
Vigilância, cuidados dos pés e calçado	11	13,6

• **Alvos dos Ensinios de Enfermagem**

Os ensinios foram realizados à própria pessoa com DM em 31 dos casos (38,3%), havendo necessidade de realizar os ensinios ao prestador de cuidados em 32 casos (39,5%) e a ambos em 18 casos (22,2%). De referir que no sexo feminino houve necessidade da presença do prestador de cuidados em 67,7% dos ensinios, enquanto no sexo masculino o cuidador esteve presente em 58% dos ensinios realizados, (Cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Pessoas Alvo dos Ensinios de Enfermagem

Pessoas Alvo dos Ensinios	n	%
Pessoa com Diabetes	31	38,3
Cuidador	32	39,5
Ambos (Pessoa com Diabetes + Cuidador)	18	22,2
Total	81	100

Nas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o cuidador esteve presente em 74,6% dos casos (44 consultas), tendo sido realizados ensinios apenas ao próprio em 25,4% (15 consultas), com diferença estatística significativa ($\chi^2=16,664$, $p=0,006$), localizada entre as pessoas com diabetes com idade inferior a 65 anos, e cuidadores e idade superior ou igual a 65 anos. (Cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das pessoas Alvo dos Ensinos de Enfermagem segundo idade

Pessoas Alvo dos Ensinos	<65anos		≥65anos		Total		Resíduos		Qui-Quadrado			
	n	%	n	%	n	%	<65	≥65	value	gf	p	
Pessoa com Diabetes	16	19,8	15	18,5	31	38,3	3,9	-3,9	Pearson Chi-Square	16,66	2	0,000
Cuidador	2	2,5	30	37,0	32	39,5	-3,4	3,4	Likelihood Ratio	17,77	2	0,000
Ambos (Pessoa com Diabetes + Cuidador)	4	4,9	14	17,3	18	22,2	-5	5	Linear-by-Linear Association	7,63	1	0,006
Total	22	27,2	59	72,8	81	100						

DISCUSSÃO

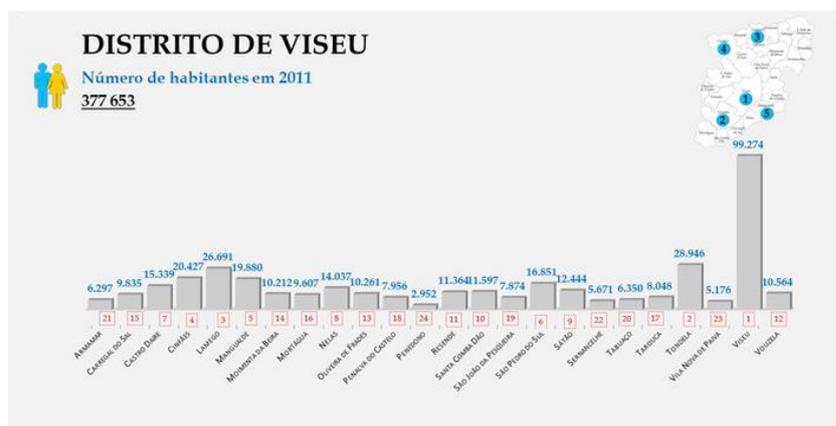
A informação clínica registada no processo clínico é frequentemente parca, sendo com frequência referente apenas aos parâmetros analíticos. A lacuna de dados tornou inviável um estudo mais aprofundado sobre a caracterização clínica da DM e sobre a gestão do processo terapêutico pelos participantes, bem como limitou o processo de documentação da abrangência das intervenções educativas realizadas pelas enfermeiras. Dado que não se pode alterar a qualidade do que está registado, assume-se que este facto resulta em limitações para este estudo. Salienta-se porém, que os achados reportados por este estudo exploratório, constituem um contributo para melhor compreender o fenómeno da educação da pessoa com DM em contexto intra-hospitalar.

Da análise dos resultados verificou-se uma predominância de pessoas com Diabetes do sexo masculino, o que vai de encontro à realidade Portuguesa, onde ocorre uma diferença estatisticamente significativa na prevalência de Diabetes entre homens e mulheres, com uma prevalência superior no sexo masculino (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p.8).

A amostra é predominantemente envelhecida, com uma média de idades de 74,5 anos, à semelhança do panorama nacional, em que mais de um quarto das pessoas entre os 60 e os 79 anos tem Diabetes, (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p.8), sendo que a quase totalidade da amostra apresenta Diabetes tipo 2. Quase três quartos da amostra possuíam o diagnóstico prévio de DM, o que pode apontar para conhecimentos e capacidades insuficientes da pessoa com diabetes de promover a sua saúde e prevenir a doença e complicações (Araújo et al, 2018, p.73; Santos, 2016, p.58-59), atendendo à hospitalização de carácter agudo e à necessidade de ensinios relativos à sua diabetes de base, conforme identificado por outros autores, relacionado com a elevada faixa etária da amostra (Santos, 2016, p.60).

Mais de três quartos da amostra estavam medicados com insulina, e desses, 64,2% administravam tratamento de insulina lenta. A insulinação assume-se como uma escolha eficaz e muitas vezes tardia nas pessoas com DM tipo 2 (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016, p. 250), à qual se recorre quando os antidiabéticos orais não controlam as hiperglicemias, (International Diabetes Federation, 2017, p.19).

A maior representatividade do concelho de Viseu como concelho de residência das pessoas com DM, ficará certamente a dever-se à maior densidade populacional, conforme se pode observar na figura 1.



Fonte: DISTRITO DE VISEU: Evolução da População entre 1864 e 2011. Acedido em <https://populacaodistritodeviseu.jimdo.com/>

Figura 1 – Distribuição dos habitantes do distrito de Viseu por concelho

Em 60,5% dos ensinios, os mesmos foram dirigidos à pessoa com Diabetes, tal como é expectável acontecer, de forma a apoiar a promoção de uma autogestão corresponsável ao regime terapêutico, permitindo promover a qualidade e os anos de vida, e uma melhor saúde com menores custos económicos e sociais para os cidadãos e sistemas de saúde, (Cunha et al, 2016, p.151). Em 61,7 % dos ensinios, o cuidador foi envolvido, o que é importante para a eficaz parceria de cuidados, uma vez que manter a família envolvida na educação para a saúde e cuidados instrumentais, é essencial para uma boa adesão ao tratamento da Diabetes, e permite aos profissionais de saúde uma supervisão do tratamento, (Cunha, 2008, p.293). Este valor talvez se possa ainda explicar, pela idade avançada dos participantes.

O principal motivo de solicitação para os ensinios prendeu-se, em 86,4% com a gestão da administração / tratamento com insulina, o que vai de encontro a outros estudos realizados, com padrões de atendimento da Associação Americana de Diabetes, baseados na educação para a autogestão, e que mostram melhoria dos parâmetros avaliados, nomeadamente no valor de HbA1c, (Menino, Dixe, Louro & Roque, 2013, p.142).

Consideram-se como limitações a elevada faixa etária da amostra, o carácter localizado da recolha da informação, a amostra ser de conveniência e de tamanho pequeno, e a impossibilidade de confirmar a aquisição de conhecimentos e capacidades por parte das pessoas com diabetes para controlar a sua doença.

A aplicação de um programa de intervenção direcionado para a educação terapêutica junto de um grupo de pessoas com diabetes tipo 1 seguidos na unidade de diabetes, evidenciou existir uma melhoria no conhecimento das pessoas com Diabetes, especialmente na monitorização dos valores de glicemia e na terapêutica com insulina (Cunha & Teixeira, 2015, p.256), sendo que o aumento do conhecimento sobre a diabetes se associou a uma melhor qualidade de vida em saúde (Santos, 2016, p.60).

Cunha & Teixeira (2015) defendem que o programa pode ser aplicado como medida de educação, como guia de avaliação e de auditoria de boas práticas clínicas. A avaliação da satisfação dos doentes com diabetes com a equipa de saúde, consulta e grupo de diabetes, deve integrar um indicador de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, uma vez que que auxilia os profissionais a satisfazer as necessidades das pessoas, e a vivenciarem a situação de doença crónica de forma mais adequada (Soares & Cunha, 2018, p.54).

CONCLUSÕES

A educação para a saúde deve ser privilegiada pelos serviços de saúde como pilar de desenvolvimento e gestão da DM, de forma a auxiliar as pessoas a obter ganhos em saúde, diminuindo as suas complicações, morbi e mortalidade, e consequentemente os custos associados, e deve ser realizada por profissionais especializados, com conhecimentos científicos aprofundados na área que vai ser objeto de intervenção, que deve estar capacitada por competências interpessoais de forma a facilitar o processo.

Este conjunto de pressupostos, faz das enfermeiras da unidade de diabetes do CHTV, as profissionais chave para a realização de educação para a saúde às pessoas com DM em situação crítica com desequilíbrio metabólico, sendo a sua importância reconhecida pelos Médicos e Enfermeiros das diversas unidades/serviços do centro hospitalar.

A frequência dos ensinios foi de 100%, e teve como foco 81 pessoas com DM, em regime de internamento ou em situação de urgência e consulta, com uma média de idades de 74,5 anos, sendo que se destacam as unidades médicas de medicina, cirurgia e cardiologia.

Os ensinios tiveram como alvo as pessoas com diabetes e os seus cuidadores na maioria dos casos (67,7%), demonstrando a importância da família/cuidadores enquanto parceiro eficaz na prestação de cuidados, facilitando a supervisão e adesão ao plano terapêutico.

Como resposta à questão de investigação e objetivo do estudo, os resultados suportam que a gestão do tratamento com insulina (86,4%), e os cuidados com os pés foram o principal assunto de educação para a saúde, o que é facilmente justificado pela evidência científica, que recomenda cuidados centrados na pessoa com DM, nomeadamente estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar a pessoa com diabetes a alcançar mudanças de estilo de vida e praticar o auto-controlo (Classe de Recomendação I, Nível de Evidência B), e considerar equipas multidisciplinares lideradas pela enfermagem para apoiar as alterações do estilo de vida e ao auto-controlo (Classe de Recomendação IIa, Nível de Evidência B), (Rydén et al, 2014., p.43).

O percentual de ensinios solicitados à equipa de enfermagem da unidade de diabetes mostra a necessidade de dotar os profissionais de saúde, designadamente os Enfermeiros, de competências avançadas sobre as estratégias promotoras de capacitação das pessoas com Diabetes para os autocuidados específicos que a doença impõe/acarreta, e revela a importância dos profissionais de enfermagem, como elementos *pivô* e de dinamização dos programas de intervenção junto das pessoas com DM, (Menino, Dixe, Louro & Roque, 2013, p.142).

Assim, como implicações para a prática propõe-se a capacitação e atualização dos profissionais de enfermagem, quer com conhecimentos técnico-científicos na área da diabetes, em especial na gestão do tratamento insulínico, quer o desenvolvimento de habilidades comportamentais para intervir junto das diferentes pessoas com diabetes. Programas sistematizados de vigilância e de cuidados ao pé da pessoa com diabetes deveriam estar corretamente implementados e ser criteriosamente

seguidos, nos diferentes níveis de prevenção, com intuito de adiar e evitar as complicações do pé diabético. Considera-se que seria benéfico a instrumentalização de um protocolo/programa de ensinios, suportado em normas de orientação e indicadores de avaliação, e um incremento dos sistemas de informação que facilitasse todo o processo e que permitisse perceber o real alcance das intervenções realizadas.

É fundamental fortalecer as equipas diferenciadas, quer através de recursos humanos e de competências acrescidas, quer dando visibilidade e evidenciando a todos o trabalho e a qualidade com que o mesmo é realizado, daí a razão de ser deste manuscrito. Como futura linha de investigação, sugere-se investigar o impacto dos ensinios das enfermeiras da unidade de diabetes, nos autocuidados e autogestão da DM, medindo entre outros, o seu efeito nos valores da hemoglobina HbA1c.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 33(1), 62-69.
- American Diabetes Association (2014). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 37(1), 14-80.
- American Diabetes Association (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 11-24.
- Araújo, I. M. B., Jesus, R. A. F., Teixeira, M. L., Cunha, A. R. S., Santos, F. M. S., & Miranda, S. R. F. (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 18, 73-82.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., & Wang, J. (2017). 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Care*. DOI: 10.2337/dci17-0025.
- Cardoso, A. F., Queirós, P., & Ribeiro, C. F. (2015). Intervenções para a aquisição do autocuidado terapêutico da pessoa com *diabetes mellitus*: revisão sistemática da literatura. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(2), 246-255.
- Cruz, R. S., Leitão, C. E., & Ferreira, P. L. (2016). Determinantes do estado de saúde dos diabéticos. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 11(2), 188-196.
- Cunha, M. (2008). Calidad de vida y diabetes: Variables psico-sociales. *Millenium*, 34, 269-299.
- Cunha, M., & Teixeira, C. (2015). "Insulin +Therapy Education Programme". *Procedia – Social and Behavioral Science*, 171, 252-256. DOI: 10.1016/j.sbspro.2015.01.118.
- Cunha, M., Matos, A. P., Almeida, V., Albuquerque, C., Madureira, A., & Estudantes, 28º CLE. (2016). Adherence to therapeutic regimen and metabolic control of type 1 diabetes. *Atención Primaria*, 48(1), 151-156.
- Despacho n.º 3052/2013 (2013, Fevereiro 26). Regula a Criação das Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes nos Agrupamentos dos Centros de Saúde e Cria as Unidades Integradas de Diabetes nos Hospitais. *Diário da República*, 2(40), 7527-7529.
- Filho, L.F., & Barros, E. (2013). *Medicina Interna na Prática Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- International Diabetes Federation (2017). *Diabetes Atlas de la FID. (8ª ed.)*. Brussels: International Diabetes Federation.
- Menino, E., Dixe, M. A., Louro, M. C. M., & Roque, S. M. B. (2013). Programas de educação dirigidos ao utente com *diabetes mellitus* tipo 2: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. III série*, 10, 135-143.
- Nicoll, K.G., Ramser, K. L., Campbell, J.D., Suda, K. J., Lee, M. D., Wood, G. C., Sumter, R., & Hamann, G. L. (2014). Sustainability of Improved Glycemic Control after Diabetes Self-Management Education. *Diabetes Spectrum*, 27(3), 207-211.
- Peixoto, I. (2013). *Educação para a Saúde – Contributos para a Prevenção do Cancro*. Loures: Lusociência.
- Portugal, Ministério da Saúde (2011). Norma n.º 002/2011 de 14/01/2011: *Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde (2013). *Processo Assistencial Integrado: Diabetes Mellitus tipo 2*. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, DGS.
- Rydén, L., Grant, P. J., Anker, S. D., Berne, C., Cosentino, F., Danchin, N., & Zamorano, J.L. Trad. Brito, C. P. (2014). Recomendações da ESC sobre Diabetes, Pré-Diabetes, e Doenças Cardiovasculares Desenvolvidas em Colaboração com a EASD – Resumo. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 9(1), 12-48.
- Santos, H. I. M. (2016). *Avaliação de conhecimentos, empoderamento e qualidade de vida em pessoas com Diabetes tipo 2*. (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico do Porto). Acedido em https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/11233/1/DM_Helena_Santos.pdf.
- Seherawat, A. (2014). Diabetes Mellitus: Classification. *IOSR Journal oh Pharmacy and Biological Sciences*, 9(6), 24-27.

- Soares, J., & Cunha, M. (2018). Satisfação com a Equipa, com a Consulta e com o grupo de diabetes em pessoas brasileiras. *Millenium*, 2ª Série, 5, 53-61. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205.05.00163>.
- Sociedade Brasileira de Diabetes (2016). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, Grupo Editorial Nacional.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2016). *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. Loures: Lusodidacta.
- World Health Organization (2016). *Global report on diabetes*. Geneva: World Health Organization.

Millenium, 2(ed espec. nº5), 261-268.

pt

(CON)VIVER COM A DOR: ESTUDO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM O TRATAMENTO
(WITH) LIVING WITH PAIN: STUDY OF USER SATISFACTION WITH TREATMENT
(CON) VIVIR CON DOLOR: ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL TRATAMIENTO

Rosa Martins¹
Susana Caldeira²
Nélia Carvalho¹

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

²Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

Rosa Martins - rmartins.viseu@gmail.com | Susana Caldeira - auto-susipmc@hotmail.com | Nélia Carvalho - mnelia.carvalho@gmail.com



Autor Correspondente

Rosa Martins

Escola Superior de Saúde Viseu

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu - Portugal

rmartins.viseu@gmail.com

RECEBIDO: 18 de abril de 2020

ACEITE: 07 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: A dor constitui um obstáculo no quotidiano de milhares de pessoas em todo o mundo, e o tratamento nem sempre corresponde à expectativa do Utente.

Objetivos: Avaliar a satisfação do utente com o tratamento da dor, no seu contexto socio demográfico clínico e psicossocial.

Métodos: Estudo quantitativo, transversal e descritivo. A amostra é constituída por 78 participantes, com uma média de idades de 64 anos. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e clínico, e as escalas: (1) de satisfação com o tratamento da dor (PTSS), (2) De espiritualidade (EE) e o Inventário da personalidade (NEO-FFI-20).

Resultados: A maioria dos participantes, apresentava dor crónica, de origem músculo-esquelética e o tratamento farmacológico foi o dominante. O grau de satisfação com o tratamento é moderado para 91% dos Utentes. Os maiores níveis de satisfação dizem respeito aos efeitos secundários da medicação ($\bar{x} = 5,85; 9,75\%$) e aos cuidados médicos ($\bar{x} = 15,53; 38,82\%$). A satisfação moderada, nas dimensões características da medicação ($\bar{x} = 6,02; 40,14\%$), na atual medicação para a dor ($\bar{x} = 16,58; 41,45\%$) e na eficácia da medicação ($\bar{x} = 6,60; 44\%$). A maior insatisfação situa-se ao nível das informações sobre a dor e o tratamento instituído ($\bar{x} = 14,19; 56,76\%$). Igualmente moderados são os valores da espiritualidade e personalidade.

Conclusões: O grau de satisfação dos Utentes com o tratamento da dor é apenas moderado e variável nas diversas dimensões. Emerge implementar novas estratégias de tratamento da dor, melhorando a satisfação e a qualidade de vida dos Utentes.

Palavras-chave: utente; satisfação com o tratamento da dor; personalidade; espiritualidade

ABSTRACT

Introduction: Pain is an obstacle in the daily lives of thousands of people around the world, and treatment does not always meet the expectation of the User.

Objectives: To evaluate user satisfaction with pain treatment in the socio-demographic clinical and psychosocial context that involves it.

Methods: Quantitative cross-sectional and descriptive study. The sample consists of 78 participants, with an average age of 64 years. A sociodemographic and clinical questionnaire was used, and the scales: (1) satisfaction with pain treatment (PTSS), (2) spirituality (EE) and the personality inventory (NEO-FFI-20).

Results: Most participants had chronic pain, of musculoskeletal origin, and pharmacological treatment was the dominant one. The degree of satisfaction with the treatment is moderate for 91% of the Users. The highest levels of satisfaction relate to the side effects of the medication (= 5.85; 9.75%) and medical care (= 15.53; 38.82%), moderate satisfaction, in the characteristic dimensions of the medication (= 6.02; 40.14%), in the current pain medication (= 16.58; 41.45%) and in the effectiveness of the medication (= 6.60; 44%). The greatest dissatisfaction, on the other hand, is related to information about pain and the treatment instituted (= 14.19; 56.76%). Equally moderate are the values of spirituality and personality.

Conclusions: Users' degree of satisfaction with pain treatment is only moderate and variable in the different dimensions. Therefore, it emerges to implement new pain management strategies, improving users' satisfaction and quality of life.

Keywords: user, satisfaction with pain treatment, personality, spirituality

RESUMEN

Introducción: El dolor es un obstáculo en la vida cotidiana de miles de personas en todo el mundo, y el tratamiento no siempre cumple con las expectativas del Usuario.

Objetivos: evaluar la satisfacción del usuario con el tratamiento del dolor en el contexto clínico y psicossocial sociodemográfico que lo involucra.

Métodos: Estudio cuantitativo transversal y descriptivo. La muestra consta de 78 participantes, con una edad promedio de 64 años. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, y las escalas: (1) satisfacción con el tratamiento del dolor (PTSS), (2) Espiritualidad (EE) y el Inventario de Personalidad (NEO-FFI-20).

Resultados: la mayoría de los participantes tenía dolor crónico, de origen musculoesquelético, y el tratamiento farmacológico fue el dominante. El grado de satisfacción con el tratamiento es moderado para el 91% de los usuarios. Los niveles más altos de satisfacción se refieren a los efectos secundarios de la medicación (= 5.85; 9.75%) y la atención médica (= 15.53; 38.82%), la satisfacción moderada, en las dimensiones características de la medicación (= 6.02; 40.14%), en la medicación para el dolor actual (= 16.58; 41.45%) y en la efectividad de la medicación (= 6.60; 44%). La mayor insatisfacción, por otro lado, está relacionada con la información sobre el dolor y el tratamiento instituído (= 14.19; 56.76%). Igualmente moderados son los valores de espiritualidad y personalidad.

Conclusiones: el grado de satisfacción de los usuarios con el tratamiento del dolor es solo moderado y variable en las diferentes dimensiones. Por lo tanto, surge la implementación de nuevas estrategias de manejo del dolor, mejorando la satisfacción de los usuarios y la calidad de vida.

Palabras Clave: Usuario, satisfacción con el tratamiento del dolor, personalidad, espiritualidad.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a dor constitui um problema para milhares de pessoas em todo o mundo, sendo um fenómeno universalmente conhecido, que tem acompanhado a existência da própria Humanidade (Gomes, 2018). Em Portugal, estima-se que a dor crónica afeta cerca de 30 % da população, o que acarreta cerca de 3 milhões de euros anuais em despesas com as suas consequências diretas e indiretas, pelo impacto que tem no absentismo, na incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e ainda nas reformas antecipadas. Sabe-se também que o recurso a cuidados de saúde motivados pela dor, representa em média mais tempo por consulta do que qualquer outro tipo de patologia. O Instituto Nacional de Estatística, revelou (após realização de um inquérito nacional de saúde) que cerca de 8. 884.581 milhões de portugueses refere ter dor física (INE, 2017). Para a Associação Internacional para o Estudo da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) cit. por Martins et al. (2020), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão. O Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013), descreve a dor como uma perceção individual que se manifesta num cérebro consciente e que, por regra, surge em consequência de um “estímulo nóxico provocatório”, mas que nem sempre terá de estar associada a um estímulo. Independentemente da etiologia, a dor assume-se como uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo e requer uma abordagem multidisciplinar para a sua resolução. Importa destacar o carácter subjetivo e multidimensional da dor, uma vez que afeta o indivíduo no seu todo, ou seja, nos aspetos psicológicos, físicos, culturais e sociais com ela relacionados. De facto, a análise do estado da arte sobre o tema, tem demonstrado que a dor pode ter graves consequências não só a nível físico, mas também psicológico e social. Os dados convergem para o impacto significativo da dor, principalmente se se trata de dor crónica, na qualidade de vida e na produtividade dos que dela sofrem, constituindo a razão primária para a procura de cuidados de saúde (Catana, 2015). Assim sendo, a dor torna-se, não só do interesse do indivíduo que a experiencia, como também de toda a comunidade que o envolve, uma vez que provoca danos biopsicossociais, exigindo por essa razão uma abordagem analítica da interação entre fatores biológicos, psicossociais e socioculturais (Junior, 2017). O controlo da dor, torna-se deste modo um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas. O sucesso da estratégia terapêutica, depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. A Ordem dos Enfermeiros (2015) diz-nos, que o controle da dor pode ser efetuado por duas vias: a via farmacológica e a não farmacológica. Os principais objetivos do tratamento farmacológico são o controlo da dor, a melhoria da capacidade funcional e o aumento da qualidade de vida das Pessoas. A Organização Mundial de Saúde, recomenda que o alívio da dor se efetive através de: fármacos não opióides, a utilizar na dor ligeira (como por exemplo o paracetamol ou os anti-inflamatórios não esteróides), fármacos opióides, usados na dor moderada a grave, podendo ser associados com os fármacos não opióides e ainda fármacos adjuvantes, aos quais recorrem os utentes com síndromes dolorosas difíceis de controlar. A terapêutica não farmacológica, visa também proporcionar melhorias no desempenho físico, psíquico e comportamental do indivíduo, mas também a diminuição do consumo de fármacos, e consequentes efeitos secundários, muitas vezes difíceis de controlar. Em consequência, a Direcção-Geral da Saúde recomenda que o plano de tratamento da dor deva considerar as duas formas (DGS, 2013). No entendimento da OE (2015), o Enfermeiro é um profissional de saúde fundamental na execução das intervenções não farmacológicas, devendo estas ser feitas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica, tendo sempre em conta as características individuais do doente, a situação clínica e os objetivos do tratamento. Existe atualmente, uma preocupação crescente com a qualidade dos serviços de saúde, devendo esta ser medida através de diversos indicadores. Um desses indicadores é a satisfação dos utentes, sendo que a qualidade e a satisfação, são dois conceitos que caminham regularmente lado a lado. Sabemos que a excelência dos cuidados está diretamente relacionada com a satisfação dos utentes, e esta por sua vez, deve abranger uma dinâmica de forças entre as expectativas do doente e a perceção do desempenho (Paulino, 2015). O grande objetivo da qualidade dos cuidados deve relacionar-se com a satisfação das necessidades manifestadas pelos doentes, sendo crucial o desenvolvimento de uma “cultura anti dor” nas instituições de saúde. Neste contexto, o termo satisfação tem sido entendido como um resultado relatado pelo paciente considerando a avaliação de aspetos relacionados com o tratamento médico, mas também com o sistema de saúde. A satisfação com o tratamento medicamentoso, consiste numa avaliação do paciente em relação ao processo de tomar a medicação e os resultados associados ao seu uso. Permite prever a continuação do tratamento medicamentoso, assim como a adesão ao uso correto e consistente da medicação ao longo do tempo. Mas como sabemos, os processos avaliativos (sobretudo os relacionados com a temática) não dependem somente de dados objetivos, mas são fortemente afetados por fatores subjetivos, nomeadamente os que correspondem às expectativas que cada utente, às suas características pessoais e crenças, ao prestador e à forma como os mesmos lhe são prestados. Veja-se o exemplo de Braghetta (2017), que recomenda vivamente aos profissionais das equipas interdisciplinares que cuidam de pessoas com dor crónica, a incorporação no seu arsenal investigativo de instrumentos de avaliação da dimensão espiritual, como mais um recurso de efeito terapêutico. De facto são diversas as pesquisas que têm comprovado o poder terapêutico de uma espiritualidade saudável, auxiliando a pessoa a restaurar a esperança, a encontrar significado e sentido para a vida, lidando de forma mais eficaz com a doença e as incertezas do futuro (Pinto, 2016). Um outro indicador também largamente referenciado na abordagem da dor, corresponde aos fatores psicológicos, com especial destaque para os traços da personalidade. Esta, é definida como um conjunto de padrões distintos e característicos de pensamentos,

emoções e comportamentos, que formam o estilo pessoal do indivíduo (Aktinson e Hilgard, 2017). Trata-se de uma característica relativamente estável, que molda a maneira de ser da pessoa e condiciona o seu modo de reagir nas diferentes situações. São vários os estudos que têm demonstrando a importância da personalidade do indivíduo, não só no controlo da dor mas também na adesão ao próprio tratamento (Catana, 2015; Carvalho et al. 2014), ficando demonstrado que a personalidade se constitui como variável importantíssima na predição das diferentes respostas a uma multidisciplinidade de tratamentos para a dor (Latie et al. 2013). De facto, a dor e a satisfação com o tratamento, constituem experiências complexas e multidimensionais, que associam aspetos fisiopatológicos, psicológicos, sociais e culturais, que se manifestam de diferentes formas. Assim, estes constructos não são só do interesse do indivíduo que os experiencia, como também de toda a comunidade, uma vez que os danos provocados são biopsicossociais. Alicerçada nos pressupostos descritos, emergiu a seguinte questão de investigação: qual a satisfação dos utentes com o tratamento no controlo da dor? Numa tentativa de resposta á questão formulada, delineámos como objetivo geral do estudo, avaliar a satisfação do utente com o tratamento da dor, no contexto socio demográfico, clinico e psicossocial que o envolve.

1. MÉTODOS

A pesquisa quantitativa, transversal e descritiva utilizou uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, constituída por 78 doentes, que frequentavam a consulta da dor na Unidade da Dor de um Centro Hospitalar da zona Centro de Portugal. A colheita de dados, decorreu entre junho e setembro de 2015.

1.1 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de colheita de dados integrava: variáveis de caracterização sócio demográfica (género, idade, estado civil e habilitações literárias), variáveis de caracterização clinica (patologias, antecedentes pessoais, tipo de dor, tratamentos atuais para a dor, acompanhamento na consulta da dor e reabilitação) e ainda 3 escalas. A escala de espiritualidade (EE) de Pais Ribeiro, validada para a população portuguesa em 2007; o inventário de personalidade (NEO-FFI-20) adaptada e validado para a população portuguesa por Bertoquini e Pais Ribeiro (2006), e ainda a Escala de Satisfação com o Tratamento da Dor (PTSS – Pain Treatment Satisfaction Scale - Evans et al.; 2004). O PTSS é um questionário multidimensional, que foi desenvolvido para doentes com dor aguda e crónica e inclui 39 itens agrupados em cinco subescalas ou dimensões. (1) Informação sobre dor e o seu tratamento (IDT), (2) Cuidados/assistência médica (CM), (3) Impacto da medicação atual para a dor (AMD), (4) Efeitos secundários da medicação (ESM), e, por fim, (5) Satisfação com a atual medicação para a dor e tratamento (SAM). Esta última dimensão divide-se em 2 subescalas: uma relativa às características da medicação (SMA-CM) e outra relativa à Eficácia da medicação (SMA-EM). O valor obtido pela soma de todas as respostas de cada uma destas subescalas, é variável em função do nº de itens, e por essa razão optamos por converter os valores médios em valores percentuais (de 0 a 100%), com o objetivo de facilitar uma maior compreensão e comparação dos dados. De referir, que a maiores valores de pontuação correspondem menores valores de satisfação. A versão portuguesa do PTSS revela bons coeficientes de confiabilidade, apresentando uma correlação forte a muito forte (entre 0,8 e 1) de acordo com o coeficiente de correlação Kappa e uma boa consistência interna (0,897) de acordo com o coeficiente Kuder-Richarson.

1.2 Procedimentos éticos

Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, (com preenchimento do consentimento informado, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, respeitando os princípios da declaração de Helsínquia), e autorizado pela Comissão de Ética e Conselho de Administração da Unidade Hospitalar onde foram colhidos os dados.

1.3 Análise estatística

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa *Statiscal Package Social Science* versão 22.0 para o Windows e Word Microsoft, e foi processado utilizando estatística descritiva: frequências: absolutas (N) e percentuais (%), medidas de tendência central, médias (\bar{x}) e medianas (Md) medidas de dispersão ou variabilidade: Desvios padrão (Dp) e coeficientes de variação (CV) e ainda medidas de simetria e achatamento (SK e K).

2. RESULTADOS

A amostra do estudo, como podemos verificar através dos dados expressos na tabela 1, era constituída por 78 Utentes, sendo 38,47 % do género masculino e 61,53% do género feminino. Possuíam idades compreendidas entre os 30 e os 82 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 64,88 anos, um desvio padrão de 10,97 e um coeficiente de variação de 16,90%, o que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média. A maioria (76,9%) dos participantes, era casada ou vivia em união de facto, e as habilitações académicas eram genericamente baixas, uma vez que 69,2% da amostra possuía apenas o 1º ciclo de escolaridade e 15,5% o 2º ciclo.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas da idade e sexo dos Participantes

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Masculino	30	39	81	66.83	9.58	-1.72	1.10	14.33
Feminino	48	30	82	63.67	11.69	-2.14	0.28	18.36
Total	78	30	82	64.88	10.97	-2.90	0.87	16.90

Alguns aspetos psicossociais que nos pareceram relevantes neste estudo foram a avaliação da espiritualidade e dos traços de personalidade dos sujeitos. Assim, a análise dos valores relativos à espiritualidade (de 0 a 100%) revelam posições moderadas quer no valor global de espiritualidade ($\bar{x} = 56,70$), quer nas suas dimensões crenças ($\bar{x} = 62,62$) e esperança ($\bar{x} = 52,75$), contudo, os valores da dimensão crenças são superiores aos valores da esperança. De forma similar, as características da personalidade encontradas nos elementos da amostra revelam, que os traços de personalidade mais pontuados são por ordem decrescente a conscienciosidade ($\bar{x} = 70,31\%$), a amabilidade ($\bar{x} = 63,43\%$), o neuroticismo ($\bar{x} = 57,81\%$), a extroversão ($\bar{x} = 52,12\%$) e por fim (com menor pontuação) a abertura à experiência ($\bar{x} = 49,43\%$).

Em termos clínicos os participantes apresentavam como principais patologias anteriores, as osteoarticulares (50%) e as metabólicas (46,2%), causando mais dor as patologias articulares (artroses e artrites) (35,9%) e da coluna vertebral (26,9%), por períodos temporais que oscilam entre 1 e 5 anos (64,1%). O tipo de dor mais presente era a dor crónica (69,2%), do foro músculo-esquelético (76,9%), sendo o principal tratamento o farmacológico (61,5%). O tratamento não farmacológico também é apontado por 38,5% dos inquiridos, com especial destaque para a acupunctura (73,3%), a massagem (56,7%) e a estimulação elétrica transcutânea (30,0%). Recorrer a programas integrados de reabilitação foi uma opção para 62,8% dos inquiridos, sendo esta efetuada maioritariamente (83,7%) por fisioterapeutas, porém, no alívio da dor 63,3% dos participantes avalia os contributos destas intervenções como pouco significativos. Apesar do tratamento a que estão submetidos, os sentimentos manifestados sobre a intensidade da dor na última semana foi de que esta é moderada (43,6%) e intensa (39,7%), não obstante, a informação que lhe tem sido fornecida sobre a medicação para 79% é a suficiente. Pese embora a caracterização clínica expressa, ao serem convidados a fazer uma autoavaliação sobre a sua saúde 50,0% percebe-a como *razoável*, 29,5% como *boa* e apenas um pequeno grupo (20,5%) a classifica como sendo *má*.

Os resultados obtidos através do preenchimento da escala de avaliação da satisfação com o tratamento para a dor (PTSS) (cf. tabela 2) mostram que os maiores níveis de satisfação dos utentes dizem respeito aos efeitos secundários da medicação ($\bar{x} = 5,85$; 9,75%) e aos cuidados médicos ($\bar{x} = 15,53$; 38,82%). Observámos níveis de satisfação moderados nas dimensões características da medicação ($\bar{x} = 6,02$; 40,14%), na atual medicação para a dor ($\bar{x} = 16,58$; 41,45%) e na eficácia da medicação ($\bar{x} = 6,60$; 44%). Já a maior insatisfação dos participantes situa-se ao nível das informações sobre a dor e o tratamento instituído ($\bar{x} = 14,19$; 56,76%).

Tabela 2 – Estatísticas descritivas das dimensões da escala PTSS

Dimensões/Subescalas	Min	Máx	\bar{x}	%	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
IDT	7	15	14.19	56.76	1.87	-10.07	13.65	13.17
CM	9	27	15.53	38.82	3.56	2.61	1.82	22.92
AMD	8	29	16.58	41.45	3.82	0.85	3.34	23.03
ESM	0	23	5.85	9.75	5.45	3.21	0.50	93.16
SMA CM	3	10	6.02	40.13	1.84	0.04	-0.39	30.56
SMA EM	3	11	6.60	44.00	2.05	-0.55	-0.61	31.06

3. DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes no estudo, estão alinhadas com outros estudos realizados recentemente em contexto português e tendo por alvo esta mesma população (Silva & Dixe, 2013; Petronilho et al. 2017). Trata-se de uma amostra maioritariamente composta por utentes do género feminino, com média de idade de 64,88 anos, casada ou a viver em união de facto e com habilitações académicas baixas, 1^o e 2^o ciclos de escolaridade, confirmando a correlação expectável entre esta tipologia de utentes e o envelhecimento demográfico caracterizador da população portuguesa (INE, 2017). Do ponto de vista psicossocial, a espiritualidade dos utentes apresenta um score global moderado, sendo as crenças, na perspetiva de dar sentido à vida e forças nos momentos difíceis, superiores aos níveis de esperança. Diz-nos Braghetta (2017) que a espiritualidade/religiosidade tem um significado relevante para pacientes que sofrem dor crónica e que esta variável influencia estratégias de enfrentamento e auto-manuseio da dor. De facto, a espiritualidade é uma variável que vem demonstrando, tanto com dados objetivos como subjetivos, que visões positivas e de esperança têm impacto significativo em melhorar sintomas,

favorecer adesão aos tratamentos convencionais e em desenvolver estratégias efetivas para controle de crises álgicas e de outras manifestações clínicas (Pinto, 2016).

Lattie et al. (2013) desenvolveram um estudo sobre estilos de enfrentamento em resposta a um programa multidisciplinar de tratamento da dor, e concluíram que a personalidade se constituía como variável importantíssima na predição das diferentes respostas a uma multidisciplinariedade de tratamentos para a dor. No nosso estudo, ficou demonstrado que os traços de personalidade encontrados nos elementos da amostra apresentam alguma variabilidade, sendo mais pontuados por ordem decrescente a conscienciosidade, a amabilidade, o neuroticismo, a extroversão e por fim a abertura à experiência. E se por um lado a conscienciosidade, como dimensão mais pontuada, revela que estamos perante um grupo de utentes organizados, persistentes e motivados a adotar comportamentos orientados para um objetivo, por outro, os dados relativos ao neuroticismo alertam-nos para alguma instabilidade emocional, propensão para a descompensação emocional e respostas de coping desadequadas. Esta característica menos positiva é ainda reforçada pelos baixos valores atribuídos à dimensão *abertura à experiência*, o que nos leva a inferir que estes participantes estão pouco motivados para a procura proactiva, para a apreciação da experiência por si própria, revelando alguma intolerância à exploração do desconhecido. Corroboramos Braghetta (2017), quando afirma que os traços de personalidade podem ter uma forte influência na forma como a pessoa responde ao surgimento, persistência e tratamento da dor, acrescentando que o traço neuroticismo predispõe a pessoa para a dor crónica, num ciclo em que a experiência da dor pode também, por sua vez, predispor para o neuroticismo e preocupações hipocondríacas.

O perfil clínico da maioria dos participantes, caracteriza-se por estes apresentarem várias patologias anteriores, sendo as principais as do tipo osteoarticular e metabólicas, dados que confirmam a tendência encontrada nos diferentes estudos, onde a faixa etária dos sujeitos se situa acima dos 65 anos e os quadros sintomatológicos se caracterizam pelos síndromes geriátricos que se fazem sentir ao nível destes sistemas (DGS,2015). A origem da dor referida, foi associada sobretudo às patologias articulares (artroses e artrites) e às perturbações da coluna vertebral, por períodos temporais diversificados mas que oscilaram entre um e cinco anos. Estes resultados não se podem dissociar e são consonantes, com o verificado no estudo de Santos (2014). A tipologia da dor mais prevalente na nossa amostra foi a dor crónica, com localização no sistema músculo-esquelético. Os estudos de Paulino (2015) e Gomes (2018), realizados sobre a dor obtiveram resultados semelhantes. Analisando com maior detalhe as opções de tratamento, verificamos que o dominante para a maioria dos utentes é o farmacológico, reforçando estes dados os resultados do estudo de perfil transversal de Silva & Dixe (2013), onde o tratamento farmacológico se sobrepunha a qualquer outro, para a grande maioria dos utentes. O tratamento não farmacológico não deve ser subestimado, uma vez que também é apontado por um grupo significativo de inquiridos: assume aqui relevância a acupuntura, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea. Junior et al. (2017), após um estudo de revisão de literatura recomenda vivamente a implementação de intervenções não farmacológicas de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual no controle da dor, enfatizando os seus benefícios, uma vez que são medidas de baixo custo, de simples aplicação e sem efeitos secundários. Porém as vantagens atribuídas a esta forma de tratamento não está devidamente reconhecida pelos utentes do nosso estudo, dado que avaliam estes contributos (no controle da dor) como pouco significativos.

Este estudo mostra-nos, que todos os elementos da amostra estão submetidos a tratamento para a dor, não obstante, questionados sobre a dor sentida na última semana, um grupo bastante significativo responde afirmativamente, classificando-a de intensidade moderada a intensa. Esta constatação revela, que nem sempre os tratamentos instituídos estão ajustados as reais necessidades dos utentes. Além disso, há que ter em conta as considerações de Olivência (2018) quando refere que a condição social do paciente é de fundamental importância no controle da dor. A desigualdade social, baixa escolaridade e desigualdade no acesso aos serviços de saúde e à informação, estão relacionados com uma maior prevalência de doenças crónicas, seus agravos e à má adesão ao próprio tratamento. Pese embora o perfil clínico identificado, mais de metade dos participantes no estudo, autoavaliam a sua saúde como razoável e boa. Apenas um pequeno grupo (20,5%) a classifica como sendo má. Estes dados estão em linha com os referidos no Inquérito Nacional de Saúde (INE, 2017).

Da análise dos resultados da avaliação da satisfação com o tratamento para a dor através da (PTSS) verificamos, que existe uma evolução positiva neste constructo em comparação com estudos anteriores, quer na avaliação global, quer nas diferentes dimensões. A satisfação é mais elevada nas dimensões efeitos secundários da medicação e cuidados médicos/enfermagem, o que demonstra melhorias no sucesso da estratégia terapêutica instituída, resultante da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes, de acordo com as diretivas emanadas nos últimos anos pela OMS, DGS e Ordem dos Enfermeiros (2015). Apesar disso, observámos níveis de satisfação apenas moderados nas dimensões características da medicação, na atual medicação para a dor e na sua eficácia.

Sabemos que têm aparecido recentemente fármacos que, são capazes de modificar favoravelmente a evolução da doença/dor, o que não era possível até há poucos anos, contudo a terapêutica deve ajustar-se o mais possível a cada doente e á doença, não deixando de considerar os efeitos colaterais dos medicamentos e a sua segurança em termos de toxicidade (Olivência, 2018). Contrariamente ao espectável, a maior insatisfação dos participantes situa-se ao nível das informações sobre a dor e o tratamento instituído: são dados, que apesar de atuais, decalcam a pesquisa realizada pela IASP em 2010 onde poucos reconheceram ter recebido uma educação adequada na compreensão e tratamento da dor. A formação sobre dor e estratégias de tratamento

continua a ser insuficiente em muitas equipas de saúde portuguesas, e esta falta de formação, constitui a principal barreira na comunicação com os pacientes.

Como limitações do estudo, apontam-se: a utilização de uma amostra do tipo não probabilístico por conveniência, o que não nos permite generalizar resultados com precisão estatística; recolha de dados efetuada por auto preenchimento do questionário (longo), o que pode apresentar alguns vieses de interpretação quer por subestimação ou hipervalorização do tratamento da dor, interferindo na validade dos dados.

Não obstante, as limitações referidas, consideramos que o estudo aborda uma temática de extrema pertinência, tanto na atualidade como no futuro, uma vez que as estimativas demográficas preveem aumento da longevidade, de patologias degenerativas e crónicas com quadros de dor (aguda e crónica) agravados. É ainda nossa convicção, que estes resultados aportam contributos interessantes ao Conhecimento Científico e à Enfermagem, porque põe em destaque a necessidade de os programas de controlo da dor, envolverem intervenções múltiplas, a fim de se atuar nos diversos componentes da dor. As medidas a implementar deverão ser de ordem educacional, física, emocional, comportamental e espiritual, não esquecendo o importante papel da comunicação como competência interpessoal fundamental, no contexto do cuidar em Enfermagem.

CONCLUSÕES

A satisfação com o tratamento da dor dos elementos da amostra no período estudado foi, como pudemos constatar, de nível moderado. As dimensões que colheram índices mais elevados de satisfação dizem respeito aos efeitos secundários da medicação e aos cuidados médicos/enfermagem, onde existe de facto uma evolução notória, fruto do investimento sistemático na melhoria dos cuidados e no aperfeiçoamento das ações farmacológicas. A satisfação decresceu no processo avaliativo, quando o foco era a medicação, visando as suas características, atualidade e eficácia. A progressiva medicalização adotada, tem em nosso entender, aumentando as expectativas dos utentes sobre a resolução dos problemas, e quando isto não ocorre aumentam sem dúvida os índices de insatisfação, como verificámos. Surpreendentemente, os sentimentos de maior insatisfação estão associados à falta de informação sobre a dor e o tratamento instituído.

Estes dados devem ser interpretados, num contexto sociodemográfico caracterizado por uma amostra maioritariamente feminina, envelhecida e com baixa escolaridade. A espiritualidade é vivenciada em grau moderado sendo as suas crenças (fé e sentido para a vida) superiores aos níveis de esperança, reveladores de algum desalento. O perfil clínico é igualmente explicativo dos resultados uma vez que os participantes possuem várias patologias anteriores sobretudo de caráter osteoarticular e metabólico, com dor crónica do tipo músculo-esquelético, em períodos temporais longos (entre um e cinco anos). Fazem maioritariamente tratamento farmacológico, porém continuam a referir dor de intensidade moderada a intensa. O tratamento não farmacológico, também foi experienciado por parte da amostra, contudo pouco valorizado no que respeita ao controle da dor.

Os resultados deste estudo demonstram, que o investimento feito no controle da dor e no conhecimento da satisfação dos utentes com os serviços, como indicadores de qualidade em saúde e numa lógica de continuidade da melhoria dos cuidados, pode constituir um recurso muito vantajoso para os utentes, famílias, comunidade e para os próprios serviços de saúde, sobretudo se tivermos em conta o aumento do envelhecimento da população e conseqüente aumento do número de pessoas a sofrer de dor crónica.

Um outro aspeto que nos parece pertinente, e que emerge dos resultados deste estudo, é o desenvolvimento de futuros estudos numa perspetiva longitudinal e relacional, da evolução da satisfação dos utentes com o tratamento da dor e dos serviços de saúde prestados, permitindo desse modo uma avaliação mais rigorosa dos ganhos efetivos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktinson, & Hilgard (2017). *Introdução à Psicologia*. 16.ª ed. Brasil: ISBN 13: 978-85-221-2700-9, Cengage Learning.
- Bertoquini, V., & Pais Ribeiro, J. (2006). Estudo de formas muito reduzidas do modelo de cinco fatores da Personalidade. In *Psychologia*, Coimbra, 43, 193.
- Braghetta, C. C. (2017). *Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar Espiritualidade: Escala de atitudes relacionadas à espiritualidade*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo. Acedido em <file:///C:/Users/Rosa%20Martins/Desktop/tese%20espiritualidade>
- Carvalho, B., Zheng, M., & Tagaloa, A. (2014). A prospective observational study evaluating the ability of prelabor psychological tests to predict labor pain, epidural analgesic consumption, and maternal satisfaction. *Anesth Analg.*, 119(3), 632-640. DOI: 10.1213/ANE.0000000000000357.
- Catana, C. (2015). *Interação Psicológica, Social e Cultural da Dor: Uma reflexão sobre a experiência psicoterapêutica na Unidade de Dor do Hospital Garcia da Horta*. *Dor*, 23, 13-16.

- Direção Geral de Saúde (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2015). A saúde dos Portugueses- perspetiva 2015. Acedido em www.dgs.com.
- Evans, C. J., Trudeau, E., Mertzanis, P., Marquis, P., Peña, B. M., Wong, J., & Mayne, T. (2004). Development and Validation of the Pain Treatment Satisfaction Scale (PTSS). A Patient Satisfaction Questionnaire for use in Patients with Chronic or acute Pain. *In Pain*, 112, 254-266.
- Gomes, C. I. S. (2018). Avaliação da Dor no Doente com Neoplasia neurológica em Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/37859>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de população residente 2015-2080. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=p
- International Association for the Study of Pain (2010). Facts on Pain in Older Person. Acedido em <https://www.iasp-pain.org/GlobalYear/PaininOlderPersons>
- Júnior, N. J. O., Oliveira, S. B. S., Migowski, E. R. & Riegel, F. (2017). O papel da enfermagem no tratamento não farmacológico da dor de pacientes oncológicos. *Revista Dor*, 18(3), 261-265. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170112>
- Lattie, E. G., Antoni, M. H., Millon, T. & et al. (2013). MBMD Coping Styles and Psychiatric Indicators and Response to a Multidisciplinary Pain Treatment Program. *J Clin Psychol Med Settings*, 20, 515-525. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9377-9>
- Martins R. L., Carvalho N., Albuquerque C., Andrade A., Martins C., Campos S., & et al.,(2020) Musculoskeletal disorders in Adolescents: a study on prevalence and determining factors. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:e-APE20190173. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00173>
- Olivência, S. A., Barbosa, L. G. M., Cunha, M. R., Silva, L. J. (2018). Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos: Revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 21(3): 383-393.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação. Colégio de Enfermagem de Reabilitação. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Pais Ribeiro, J. (2007). Avaliação e Psicologia da Saúde- Instrumentos publicados em Portugal. (1.ª edição). Coimbra: Quarteto.
- Paulino, M. (2015). Experiência de tratar pessoas com dor crónica. *De surpresa a surpresa. Dor*, 23, 17-19.
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. P. (2017). Perceção de autoeficácia do familiar cuidado após o regresso a casa do dependente: Estudo longitudinal. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, esp. 2, 9-13. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a02.pdf>
- Pinto, S. (2016). A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica. Tese de Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Santos, I., & et al. (2014). Gestão da dor: que respostas de enfermagem?- um roteiro metodológico para o diagnóstico de situação. In P. Sequeira, & M. Henriques (Escola Superior de Saúde de Santarém). *Revista da UIPS*, 5(2), p.33-47. Acedido em http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2015/01/Revista-daUIPS_N5_Vol2_ESSS_2014.pdf
- Silva, E., & Dixe, M. (2013). Prevalência e características da dor em pacientes internados e hospital português. *Revista Dor*, 14(4), 254-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000400003>.
- World Health Organization (WHO) (2010). WHO's Fight against Cancer: Strategies that Prevent, Cure and Care. Acedido em https://www.who.int/cancer/publications/fight_against_cancer/en/

Millenium, 2(ed espec. nº5), 269-279.

pt

GESTÃO DA DOR NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PAIN MANAGEMENT IN NURSING PRACTICE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT
MANEJO DEL DOLOR EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

*Mauro Mota*¹
*Madalena Cunha*²
*Margarida Reis Santos*³
*João Duarte*⁴
*Ana Raquel Rocha*⁵
*Ângelo Rodrigues*⁵
*Carolina Gonçalves*⁵
*Rúben Ribeiro*⁵
*Sandra Sobreira*⁵
*Susana Pereira*⁵

¹ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal | Unidade Local de Saúde da Guarda, Guarda, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS, Porto, Portugal

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

⁵ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Viseu, Portugal

Mauro Mota - enfermeiro.mauro@gmail.com | Madalena Cunha - madalenacunhanunes@gmail.com | Margarida Reis Santos - mrs@esenf.pt |

João Duarte - duarte.johnny@gmail.com | Ana Raquel Rocha - raquelrocha1111@gmail.com | Ângelo Rodrigues - angelitosousa@gmail.com |

Carolina Gonçalves - crgmolelos@gmail.com | Rúben Ribeiro - ribeiro_agua@hotmail.com | Sandra Sobreira - ssobreira2@hotmail.com |

Susana Pereira - susana-isabel9@hotmail.com



Autor Correspondente

Mauro Mota

Unidade Local de Saúde da Guarda

Av. Rainha Dona Amélia 19

6300-035 Guarda - Portugal

enfermeiro.mauro@gmail.com

RECEBIDO: 31 de agosto de 2019

ACEITE: 12 de dezembro de 2020

RESUMO

Introdução: Em Portugal mais de 30% dos adultos apresenta dor crónica e a dor aguda assume-se como o principal motivo de admissão hospitalar, o que representa, anualmente, 5 mil milhões de euros, 2.7% do Produto Interno Bruto.

Objetivos: Avaliar as práticas e os fatores intervenientes na gestão da dor pelos enfermeiros num Serviço de Urgência.

Métodos: Estudo transversal analítico realizado em contexto de urgência. Amostra constituída por 96 enfermeiros. O instrumento de recolha de dados continha questões de caracterização socioprofissional, a Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor de Catarina António e o Código Visual da Dor de Grünenthal.

Resultados: A escala de avaliação da dor mais utilizada pelos enfermeiros foi a de Avaliação Numérica (88,5%); os enfermeiros com mais experiência no Serviço de Urgência (≥ 11 anos) manifestaram maior défice de conhecimentos sobre a gestão da dor (37,5%); a maioria (53.8%) dos que apresentava bons conhecimentos trabalhava entre 6-10 anos no serviço de urgência ($p=0,021$).

Conclusões: Consideramos que os enfermeiros necessitam de aprofundar conhecimento sobre os princípios de avaliação e gestão da dor. A constante e direcionada atualização de formação contribuirá para uma melhor prática clínica.

Palavras-chave: dor; manejo da dor; prática clínica baseada em evidências

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, more than 30% of adults have chronic pain and acute pain is the main reason for hospital admission, representing 5 billion euros annually, 2.7% of Gross Domestic Product.

Objectives: Assess the practices and factors involved in pain management by nurses in an Emergency Department.;

Methods: Cross-sectional, analytic study, conducted in an emergency setting. Sample consisted of 96 nurses. The data collection instrument contained questions of socio-professional characterisation, the Scale of Nursing Practices in Pain Management of Catarina António and the Visual Pain Code of Grünenthal.

Results: The pain assessment scale most commonly used by nurses was the Numerical Rating Scale (88.5%); nurses with more experience in the Emergency Department (≥ 11 years) showed a greater lack of knowledge (37.5%) and the majority (53.8%) of those with good knowledge about this code worked between 6-10 years ($p=0.021$).

Conclusions: We believe that nurses need to deepen their knowledge about the principles of pain assessment and management. The constant and targeted updating of training will contribute to a better daily clinical practice.

Keywords: pain; pain management; evidence-based practice

RESUMEN

Introducción: En Portugal, más del 30% de los adultos tienen dolor crónico y el dolor agudo es el principal motivo de ingreso hospitalario, representando 5.000 millones de euros anuales, el 2,7% del Producto Interno Bruto.

Objetivos: Evaluar las prácticas y los factores que intervienen en el manejo del dolor por parte de las enfermeras de un Departamento de Emergencia;

Métodos: Estudio transversal, analítico realizado en un contexto de emergencia. La muestra consistió de 96 enfermeras. El instrumento de recolección de datos contenía preguntas de caracterización socio-profesional, la Escala de Prácticas de Enfermería en el Tratamiento del Dolor de Catarina António y el Código de Dolor Visual de Grünenthal.

Resultados: La escala de valoración del dolor más utilizada por las enfermeras fue la de evaluación numérica (88,5%); las enfermeras con más experiencia en el servicio de urgencias (≥ 11 años) mostraron un mayor desconocimiento (37,5%) y la mayoría (53,8%) de las que tenían un buen conocimiento de este código trabajaron entre 6-10 años ($p=0,021$).

Conclusiones: Creemos que las enfermeras necesitan profundizar su conocimiento sobre los principios de evaluación y manejo del dolor. La actualización constante y dirigida de la formación contribuirá a una mejor práctica clínica diaria.

Palabras Clave: dolor; manejo del dolor; práctica clínica basada en la evidencia

INTRODUÇÃO

Em Portugal mais de 30% dos adultos refere apresentar dor crónica e mais de 14% classifica a dor como moderada ou forte (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonças, Dias, & Castro-Lopes, 2018). A dor aguda assume-se como o principal motivo de admissão hospitalar (Gouveia & Augusto, 2011).

O custo anual da dor crónica em Portugal, entre custos diretos e indiretos, representa praticamente 5 mil milhões de euros, 2.7% do Produto Interno Bruto (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias, & Castro-Lopes, 2016).

Confrontados com esta realidade, compete aos enfermeiros a responsabilidade de conhecer o fenómeno dor em toda a sua amplitude, desde manifestações clínicas, apresentação, subjetividades inerentes, processo de gestão e respetivo tratamento.

Os enfermeiros têm a responsabilidade profissional e ética de promover um controlo da dor efetivo e seguro, o que implica a sua avaliação e reavaliação sistemáticas.

Pelo caráter multidimensional e complexo do fenómeno, o seu aspeto social, físico, cultural, subjetivo e biológico deve ser tido em consideração (DGS, 2013), com o risco de, ao não se respeitar esta multidimensionalidade, desvalorizar-se a dor e o seu tratamento. A abordagem subvalorizada incorre, ou pode incorrer, noutra fenómeno, comumente encontrado nos serviços de urgência, a oligoanalgesia, definida como a insuficiente administração de correta e eficaz analgesia em pessoas com dor aguda (Simon, Scallan, Carrol, & Steagall, 2017).

Realizou-se um estudo observacional, em coorte transversal, quantitativo, que visa analisar os conhecimentos e as barreiras sobre a gestão da dor na prática de enfermagem num Serviço de Urgência.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Conceptualização da Dor

A International Association for the Study of Pain (2018) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais. Esta definição deixa explícita a ideia de que a dor tem uma natureza subjetiva, sugerindo que apenas existe quando reportada pela própria pessoa.

Dor – Experiência Multidimensional

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2011, p. 50) define dor como

“Perceção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga de contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor define-a como:

“(…) perceção pessoal que surge num cérebro consciente, tipicamente em resposta a um estímulo nómico provocatório, mas por vezes na ausência de estímulo. A relação entre a perceção e o estímulo é variável, depende das expectativas e crenças do indivíduo, do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do estímulo” (DGS, 2013, p. 1)

A dor tem diferentes perceções e varia de pessoa para pessoa. Sendo uma resposta subjetiva, cada pessoa apresenta a sua perspetiva, a sua forma de sentir podendo, também, apresentar manifestações diversas. Assim, a dor aguda, função protetora decorrente da ativação do sistema nociceptivo, constitui um sinal de alarme, um sintoma que tem como finalidade biológica a preservação da integridade do organismo, ou seja, a identificação de uma causa (Cardoso, 2013; Ferreira, et al., 2014). A dor crónica, por sua vez, é consequência de um estímulo nocetivo persistente, de uma lesão do sistema nervoso ou de uma patologia do foro psicológico, sendo frequente a interligação destes mecanismos. É, habitualmente, definida como uma dor persistente ou recorrente (DGS, 2013).

Tratamento da Dor – Um Direito Humano

A Declaração de Montreal, assinada em 2010 por mais de 50 instituições de vários países, reforça o acesso ao tratamento da dor como um direito humano fundamental (APED, 2013). O seu controlo é, assim, considerado um direito de todos os doentes e dever dos profissionais de saúde, evitando-se o sofrimento desnecessário e a morbilidade associada à sua presença (DGS, 2013).

Em 2003, a Direção-Geral da Saúde emitiu uma circular normativa (nº 9/DGCG), que afirma que a dor é “o 5º sinal vital”, sendo a sua gestão um direito do doente, um dever profissional e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

A dor é um importante problema de saúde pública, de difícil avaliação. É fortemente recomendado que a dor percebida seja acreditada, avaliada e tratada com critério e respeito reconhecendo-se a dimensão holística dos cuidados (Allen, et al., 2018). O tratamento pode ser farmacológico, incluindo medidas que podem ter origem opióide e não opióide, e não farmacológico, englobando por exemplo posicionamentos favoráveis do doente, massagens terapêuticas, correta colocação do tubo endotraqueal, entre outras (Grant, Ferrel, Hanson, Sun, & Uman, 2011).

A Gestão da Dor

A gestão da dor implica que exista permanentemente uma valorização da sua incidência e prevalência, um diagnóstico, uma avaliação e consequentes registos. O sucesso da estratégia terapêutica está dependente da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes (DGS, 2013). Quanto à escolha dos instrumentos de avaliação e seguindo as recomendações da Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 16) deve atender-se “ao tipo de dor, à idade da pessoa, à sua situação clínica, às propriedades psicométricas, aos critérios de interpretação, à escala de quantificação comparável, à facilidade de aplicação, à experiência de utilização em outros locais”. Por conseguinte, “a aquisição e atualização de conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente” (OE, 2008, p. 19). A mesma entidade afirma que a “efectividade do controlo da dor decorre do compromisso das instituições de saúde. Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor” (p. 20).

São sugeridas pela Ordem dos Enfermeiros algumas escalas para avaliação da dor, nomeadamente: Escala Visual Analógica (EVA), Escala de Avaliação Numérica (EAN), Escala Qualitativa (para autoavaliação), Escala de Faces Wong Baker, Escala de Faces Revista DOLOPLUS, (para dor crónica, em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com alterações cognitivas), PAINAD – *Pain Assessment in Advanced Dementia* (todos os tipos de dor, em idosos com demência), Questionário MPQ – *MacGill Pain Questionnaire* (para dor crónica, também aplicável à dor aguda, em pessoas com idade igual ou superior a 10 anos), Inventário BPI – *Brief Pain Inventory* (para dor crónica, em em pessoas com idade igual ou superior a 10 anos), Régua da Dor, *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT), *Behavioral Pain Scale* (BPS - a BPS, que inclui três itens comportamentais (expressão facial, movimento dos membros superiores e adaptação ventilatória); *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC).

A gestão diferenciada da dor enfatiza a obrigatoriedade da sua avaliação, registos sistemáticos e valorização da sua importância. Neste sentido, Almeida (2015) referencia determinadas barreiras à avaliação da dor: a própria presença de dor, uma vez que reduz o grau de atenção da pessoa e dificulta a comunicação; o estado mental da pessoa, designadamente o grau de ansiedade, pois pode reduzir a compreensão, a memória e a capacidade de comunicação; a confusão, que pode dever-se ao próprio estado fisiológico do doente (hipóxia, hipovolémia, hipotensão arterial, hipoglicémia, desequilíbrios eletrolíticos, efeitos adversos de alguns medicamentos, distúrbios psicológicos ou doença do sistema nervoso central), alterações na alimentação e no estado de nutrição, transformações ao nível do ambiente e da rotina do doente, traumatismo e faixa etária da pessoa; estado físico do doente, a escassez de tempo, o uso de linguagem técnica; a cultura, pois é um fator influenciador da valorização e da expressão da dor; o ambiente, designadamente a presença de ruído, interrupções frequentes, falta de privacidade; a imperícia na aquisição da história clínica do doente. Apesar destas barreiras, é imperiosa uma boa gestão e avaliação da dor dos doentes, por parte dos profissionais de saúde, em particular pelos enfermeiros.

Os doentes esperam alívio rápido da dor, no entanto, isso muitas vezes não é cumprido. Deixar de controlar um doente com dor pode levar à deterioração do seu estado físico e da sua saúde mental. A dor descontrolada pode levar ao aumento do consumo de analgésicos, bem como a complicações da doença e tratamento. Apesar das extensas melhorias na analgesia medicamentosa ainda existem barreiras para a avaliação, gestão, documentação e reavaliação da dor.

Embora a gestão e o controlo da dor em doentes hospitalizados seja uma questão primordial na prática de enfermagem, Germossa, Sjetne, e Helleso (2018) referem que o conhecimento dos enfermeiros e as suas atitudes face à dor constituem-se como as principais barreiras para a sua gestão. Partindo desta premissa, os mesmos autores realizaram um estudo, quase experimental, num hospital universitário etíope, com o objetivo de investigar a influência de um programa de formação em serviço sobre dor e os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à gestão da dor. Participaram 111 enfermeiros, a quem foi facultado dois dias, consecutivos, de formação intensiva sobre o tratamento da dor e uma sessão de treino de acompanhamento após um mês. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP). Concluindo que os conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à gestão da dor melhorou significativamente após a sua participação no programa ($Z=-9,08$, $p<0,001$), resultando numa maior eficácia da gestão da dor.

2. MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, em coorte, transversal para avaliar os conhecimentos e as barreiras sobre a gestão da dor na prática de enfermagem. Amostra constituída por 96 enfermeiros que trabalham num Serviço de Urgência Polivalente de um Hospital central da região centro de Portugal. Esta investigação insere-se no Projeto Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta - MaisVIDAS, Referência PROJ/UnicISE /2017/0001, a decorrer na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UnicISE) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Obeve parecer favorável da Comissão de Ética para a saúde e autorização do Centro Hospitalar onde se realizou o estudo. A participação dos enfermeiros foi voluntária, tendo assinado o termo de consentimento informado após explicação da finalidade e objetivos do estudo.

2.1 Participantes

A seleção dos participantes foi realizada com recurso a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram: trabalhar num serviço de urgência e aceitar participar na investigação. Foram incluídos 96 enfermeiros. Maioritariamente do sexo feminino (85.4%), com uma idade mínima de 22 anos e uma máxima de 59 anos, a que corresponde uma média de idades de 34,11 anos ($\pm 8,56$), tendo 44.8% dos participantes idade ≤ 30 anos. A maioria (88,5%) possuía o curso de licenciatura em enfermagem, tinha uma média de tempo de exercício de 10.02 anos ($\pm 8,59$), com scores mínimos e máximos de 1 e 40 anos, respetivamente, 49.0% tinham seis ou menos anos de experiência profissional. O tempo de experiência no Serviço de Urgência correspondia, em média, a 8,15 anos ($\pm 7,47$), 47,9% exerciam funções nesse serviço há cinco ou menos anos. Predominavam os enfermeiros que relataram não possuir formação sobre a dor (74.0%).

2.2 Instrumentos de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado foi um questionário constituído por três partes. A primeira, agregava oito questões de caracterização socioprofissional (idade, sexo, habilitações académicas, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência, formação em dor, tempo da formação sobre a dor e adequação dessa formação à prática profissional). A segunda, constituída pela Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor (António, Santos, Cunha, & Duarte, 2019) e a terceira, e última, pelo Código Visual da Dor (Grunenthal, s.d).

A Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor é um instrumento de auto-preenchimento, com 68 itens, constituído por questões de avaliação sobre as práticas de enfermagem implementadas na gestão da dor nos seguintes domínios: avaliação inicial (itens 1-28), planeamento (itens 31- 37), execução de intervenções farmacológicas (itens 38-40) e não farmacológicas (itens 41-52), reavaliação (itens 53-54; 57-60), registo (itens 29-30; 55-56), ensino à pessoa com dor (itens 61-68). Estes itens são avaliados através de uma escala de Likert que quantifica o valor de frequência de ocorrência com scores de: (0) não sei/sem opinião; (1) nunca; (2) raramente; (3) frequentemente; (4) sempre (António, 2017).

Quanto maior o score final, melhores são as práticas de enfermagem.

O Código Visual da Dor de Grunenthal, Portugal, S.A. (s.d), é uma ferramenta visual de apoio à identificação dos descritores de dor, composto por 12 imagens que agregam 12 descritores de dor destinados a avaliar as características da dor que a pessoa sente/manifesta (<https://www.dor.com.pt/codigo-da-dor/todos/pagina>).

O Código Visual da Dor foi adaptado por Cunha (2017), para uma versão que avalia a perceção dos enfermeiros sobre o tipo de dor que a imagem documenta. Para o efeito, o Código é apresentado só com as 12 imagens, sendo solicitado ao profissional que após apreciar cada imagem, preencha o espaço em branco com o descritor de dor que lhe corresponde. O score final, calculado através do somatório das respostas corretas, oscila entre um mínimo de zero (0) e um máximo de doze (12) e representa o nível de conhecimentos dos enfermeiros, quanto mais elevado for, melhor é o nível de conhecimentos.

2.3 Análise estatística

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial. A relação entre os conhecimentos sobre a classificação da dor através do Código Visual da Dor e as variáveis socioprofissionais, e a relação entre as Práticas de Gestão da Dor e os Conhecimentos sobre a classificação da dor, avaliados através do Código Visual da Dor, foram realizados por meio do teste de Kruskal-Wallis. O estudo dos preditores dos conhecimentos sobre a classificação da dor, de acordo com o *Código Visual da Dor*, foi realizado através da análise de regressão linear múltipla.

O tratamento estatístico foi efetuado informaticamente com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24 para o Windows. Os respetivos intervalos de confiança foram de 95% e/ou nível de significância $p < 0,05$ (Marôco, 2018; Pestana & Gagueiro, 2014).

3. RESULTADOS

No que concerne à qualidade da formação sobre dor (cf. Tabela 1). 29,2% dos participantes considerou-a adequada para a sua prática clínica no Serviço de Urgência e 47,9% referiram não saber ou não ter opinião sobre o assunto.

Tabela 1 – Qualidade da formação sobre a Dor

Qualidade da formação sobre a Dor	n = 96	% = 100
Adequada	28	29.2
Completamente adequada	16	16.7
Inadequada	5	5.2
Completamente inadequada	1	1.0
Não sei/Sem Opinião	46	47.9

Relativamente às Escalas de avaliação da dor utilizadas pelos enfermeiros no Serviço de Urgência (cf. Tabela 2), apurou-se que utilizavam diferentes escalas, de acordo com a idade e situação dos doentes. A maioria dos participantes (88,5%) assumiu utilizar a Escala de Avaliação Numérica (EAN) e 71,9% a Escala de Faces (EF).

Tabela 2 - Escalas utilizadas no serviço de urgência pelos enfermeiros para avaliação da dor nos doentes

Escalas de Avaliação	n	%
Escala de Avaliação Numérica (EAN)	85	88.5
Escala de Faces (EF)	69	71.9
Escala Visual Analógica (EVA)	61	63.5
Régua da Dor	39	40.6
Escala Qualitativa (EQ)	31	32.3
Behavioral Pain Scale (BPS)	2	2.1
Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD)	1	1.0
Outras Escalas :		
Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)		
Face, legs, activity, cry, consolability (FLACC)		
Behavioural pain assessment in the elderly (DOLOPLUS2)		
McGuill Pain Questionnaire (MPQ)		
Brief Pain Inventory (BPI)		

Escalas não utilizadas

Quanto aos conhecimentos dos enfermeiros sobre a classificação da dor através do *Código Visual da Dor*, apurou-se um valor médio, do nível de conhecimentos, de 6,92 (±0,48), para um valor máximo de 12 (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Conhecimento dos enfermeiros sobre a Classificação da Dor

	n	Min	Max	M	DP	CV (%)	SK/erro	K/S
Conhecimentos sobre a Classificação da Dor de acordo com o Código Visual da Dor	96	0.00	12.00	6.92	0.48	6,93	-1.14	-3.18

Verificou-se que 41.7% dos enfermeiros apresentavam um nível de conhecimentos adequado sobre a classificação da dor, através do *Código Visual da Dor* e 31.3% bons conhecimentos (cf. Tabela 4).

Concluiu-se que eram os enfermeiros com mais tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência (>=11 anos) que manifestavam maior défice de conhecimentos (37,5%) e o grupo que maioritariamente (53.8%) apresentava bons conhecimentos era o que exercia funções nesse serviço entre 6-10 anos, com diferenças estatisticamente significativas ($X^2=11,529$; $p=0,021$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Conhecimento dos enfermeiros sobre a classificação da dor através do Código Visual da Dor em função das variáveis socioprofissionais

Variáveis Socioprofissionais	Nível de Conhecimentos		Défice de Conhecimentos		Conhecimentos Adequados		Bons Conhecimentos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	(26)	(27.1)	(40)	(41.7)	(30)	(31.3)	(96)	(100.0)				
Género												
Feminino	23	28.0	32	39.0	27	33.0	82	85.4	n.a.	n.a.		
Masculino	3	21.4	8	57.2	3	21.4	14	14.6				
Idade												
<= 30 anos	12	27.9	17	39.5	14	32.6	43	44.8	5.071	0.280		
31-35 anos	4	19.0	7	33.3	10	47.7	21	21.9				
>= 36 anos	10	31.3	16	50.5	6	18.7	32	33.3				
Habilitações Literárias												
Licenciatura/Bacharelato	23	27.1	34	40.0	28	32.9	85	88.5	n.a.	n.a.		
Mestrado	3	23.3	6	54.5	2	18.2	11	11.5				
Formação da Dor												

Variáveis Socioprofissionais	Nível de Conhecimentos		Défice de Conhecimentos		Conhecimentos Adequados		Bons Conhecimentos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	(26)	(27.1)	(40)	(41.7)	(30)	(31.3)	(96)	(100.0)				
Sim	7	28.0	14	56.0	4	16.0	25	26.0	4.193	0.123		
Não	19	26.8	26	36.6	26	36.6	71	74.0				
Tempo de serviço na profissão (em anos)												
<= 6 anos	13	27.7	20	42.6	14	29.7	47	49.0	n.a.	n.a.		
7-10 anos	2	11.1	5	27.8	11	61.1	18	18.8				
11-17 anos	4	40.0	3	30.0	3	30.0	10	10.4				
>= 18 anos	7	33.3	12	57.2	2	9.5	21	21.9				
Tempo de serviço no SU (em anos)												
<= 5 anos	15	32.6	19	41.3	12	26.1	46	47.9	11.529	0.021		
6-10 anos	2	7.7	10	38.5	14	53.8	26	27.1				
>= 11 anos	9	37.5	11	45.8	4	16.7	24	25.0				

Os enfermeiros que apresentavam bons conhecimentos sobre a classificação da dor através do *Código Visual da Dor* eram os que apresentavam valores médios mais elevados em todas as dimensões das práticas de gestão da dor, com relevância estatisticamente significativa em quase todos os fatores, à exceção das intervenções farmacológicas (p=0,051) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Relação entre as Práticas de Gestão da Dor e os Conhecimentos sobre a classificação da dor através do *Código Visual da Dor*

Práticas de Gestão da Dor	Nível de Conhecimentos	Défice de Conhecimentos	Conhecimentos Adequados	Bons Conhecimentos	UMW	p
	n = 26	n = 40	n = 30	n = 30		
	OM	OM	OM	OM		
Avaliação inicial	33.87	46.45	63.92	16.663	0.000	
Planeamento	38.31	44.90	62.13	11.439	0.003	
Intervenções não farmacológicas	31.96	48.03	63.47	17.997	0.000	
Ensino da dor	31.12	48.04	64.18	20.358	0.000	
Registo	35.60	46.36	62.53	13.770	0.001	
Reavaliação	33.15	48.34	62.02	15.089	0.001	
Intervenções farmacológicas	37.98	50.61	54.80	5.968	0.051	
Fator global	32.38	32.38	65.23	19.762	0.000	

Verificou-se que 46,9% e 44,8% dos enfermeiros, utilizavam, respetivamente, práticas adequadas e boas práticas na gestão da dor e que 73,3% dos enfermeiros que revelaram bons conhecimentos sobre a classificação da dor, utilizava boas práticas de gestão da dor (cf. Tabela 6),

Os resíduos ajustados demonstram, com, significância estatística, que os Enfermeiros com défice de conhecimentos sobre a classificação da dor, de acordo com o *Código Visual da Dor*, apresentavam práticas inadequadas aquando da sua gestão. (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre os Conhecimentos sobre a classificação da dor através do *Código Visual da Dor* e as Práticas de Gestão da Dor

Práticas de Gestão da Dor	Nível de Conhecimentos		Défice de Conhecimentos		Conhecimentos Adequados		Bons Conhecimentos		Total		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
	(26)	(27.1)	(40)	(41.7)	(30)	(31.3)	(96)	(100.0)				
Inadequadas Práticas	5	19.2	3	7.5	-	0.0	8	8.3	n.a.	n.a.		
Práticas Adequadas	15	57.7	22	55.0	8	26.7	45	46.9				
Boas práticas	6	23.1	15	37.5	22	73.3	43	44.8				

Variáveis preditivas dos conhecimentos sobre a classificação da dor através do Código Visual da Dor

O estudo dos preditores dos conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o *Código Visual da Dor*, foi realizado através da análise de regressão linear múltipla. Como variáveis independentes foram selecionadas as socioprofissionais e a intervenção-registo da avaliação e controlo da dor.

A matriz de correlação indica valores correlacionais negativos para a idade, anos de serviço na profissão e anos de exercício profissional no serviço de urgência (cf. Tabela 7), estabelecendo-se uma relação positiva e estatisticamente significativa apenas com a *intervenção-registo da avaliação e controlo da dor* ($p=0,000$).

Tabela 7 - Correlações de Pearson entre a idade, género, anos de serviço na profissão e no serviço de urgência, intervenção-registo da avaliação e controlo da dor e os conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o Código Visual da Dor

Variáveis Independentes	r	p
Idade	-0.042	0.342
Género	-0.038	0.358
Anos de serviço na profissão	-0.091	0.189
Anos de serviço no serviço de urgência	-0.080	0.220
Intervenção-registo da avaliação e controlo da dor	0.503	0.000

A única variável preditiva dos conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o *Código Visual da Dor* é a *intervenção-registo da avaliação e controlo da dor*, que explica 25,3% da variabilidade dos conhecimentos, sendo a variância explicada ajustada de 24,5%, com um erro padrão de regressão de 4,133 e os valores de t ($t=1,220$; $p=0,000$) e teste F ($f=31.837$; $p=0,000$) com significância estatística, o que leva a inferir que a *intervenção-registo* tem poder explicativo sobre os conhecimentos avaliados pelo *Código Visual da Dor*.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a *intervenção-registo da avaliação e controlo da dor* estabelece uma relação direta com os conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o *Código Visual da Dor*, sugerindo que os enfermeiros que têm uma adequada *intervenção-registo da avaliação e controlo da dor* denotam melhores conhecimentos. Recorreu-se igualmente ao VIF (*variance inflation factor*), na tentativa de se determinar a colinearidade, cujo valor indica que a variável presente no modelo não é colinear (cf. Tabela 8).

O modelo final ajustado para os conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o *Código Visual da Dor* é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Conhecimentos} = 1,318 + 0,100 \text{ Intervenção-registo da avaliação e controlo da dor}$$

Tabela 8 - Análise de regressão múltipla entre as variáveis socioprofissionais, intervenção-registo da avaliação e controlo da dor e os conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o Código Visual da Dor

Variável dependente: <i>Conhecimentos sobre a classificação da dor de acordo com o Código Visual da Dor</i>					
R = 0.503					
R ² = 0.253					
R ² Ajustado=0.245					
Erro padrão de estimativa=4.133					
Incremento de R ² =0.253					
F=31.837					
p=0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	1.318		1.220	0.225	
Intervenção-registo da avaliação e controlo da dor	0.100	0.503	5.642	0.000	1.000
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média quadrados	F	p
Regressão	544.078	1			
Residual	1606.412	94	544.078	31.837	0.000
Total	2150.490	95	17.089		

3. DISCUSSÃO

A gestão da dor no Serviço de Urgência é parte integrante da função dos enfermeiros e nesse sentido, importa inferir que conhecimentos existem na comunidade científica que melhor ajudam estes profissionais a identificar, avaliar, diagnosticar, monitorizar e tratar a dor. Esta investigação teve como objetivo estudar os conhecimentos e barreiras sobre a gestão da dor na prática de enfermagem, numa amostra constituída por 96 enfermeiros de um serviço de urgência.

Constatou-se que a maioria dos enfermeiros revelavam práticas adequadas ou boas práticas de gestão da dor (46,9% e 44,8%), contudo consideramos preocupante que 8,3% apresentem práticas inadequadas pois a dor pode levar à deterioração do estado físico e da sua saúde mental dos doentes. Os dados da obtidos permitem-nos inferir que 45,9% dos participantes considerava a sua formação sobre gestão da dor adequada ou completamente adequada para a sua prática clínica no Serviço de Urgência, contudo 47,9% referiram não saber ou não ter opinião sobre o assunto e 6,2% consideraram-na inadequada ou completamente inadequada. Estes resultados devem ser tidos em causa pelos enfermeiros gestores e pelas escolas de enfermagem pois a evidência refere que o nível de conhecimento dos enfermeiros e as suas atitudes face à dor são as principais barreiras para a sua gestão (Germossa, Sjetne, & Helleso, 2018). A gestão e o controlo da dor em doentes hospitalizados é uma questão essencial na prática de enfermagem de excelência.

Verificou-se que a maioria dos enfermeiros usa alguma das escalas de avaliação da dor preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (88,5% EAN, 71,9% EF, 63,5% EVA) é o modelo utilizado por dos enfermeiros. Estes resultados estão em conformidade com os apurados por Carvalho (2016).

Concluiu-se, também, uma prevalência de conhecimentos adequados sobre a classificação da dor através do *Código Visual da Dor* (41,7%) e os enfermeiros que evidenciavam bons conhecimentos apresentavam valores médios mais elevados em todas as dimensões da prática de gestão da dor ($p>0,05$).

As variáveis preditivas das práticas de gestão da dor são os conhecimentos sobre a classificação da dor através do *Código Visual da Dor* e os anos de serviço na profissão, tendo-se constatado que os enfermeiros com menos anos de serviço denotam melhores conhecimentos e melhor nível de intervenção-registo com que promovem a avaliação e controlo da dor. Estes resultados parecem indicar que a intervenção-registo com que se promove a avaliação e controlo da dor é um aspeto que melhora as práticas. Por outro lado, os anos de serviço assumem-se como uma barreira. Assim, a formação em serviço deverá procurar contemplar, cirurgicamente, os enfermeiros cujo tempo de serviço ultrapasse os dez anos. Apesar da maioria dos enfermeiros (73,3%) apresentar boas práticas na gestão da dor, já que evidencia bons conhecimentos sobre a mesma, o grupo com mais experiência no serviço de urgência (mais de 10 anos) é aquele que apresenta uma maior percentagem de elementos com défice de conhecimentos (37,5%). Esta relação inversamente proporcional entre a experiência e os conhecimentos sobre a gestão da dor merece ser alvo de um estudo mais aprofundado para se poder identificar quais as causas que podem estar na base deste facto.

A dor é o motivo mais comum para o recurso ao Serviço de Urgência, mais de 70% dos doentes a apresentarem dor como o principal sintoma (Motov, 2012). Vários estudos apontam para que 60%-80% dos doentes receberam um tratamento ineficaz da dor (Curtis & Morrell, 2006; Decosterd, et al., 2007; Pines & Hollander, 2008). Consideramos, portanto, preocupante que 47,9% dos participantes não saiba ou não tenha opinião sobre a qualidade da formação sobre dor que detêm. Entendemos que a formação contínua relacionada com a dor deve ser um imperativo maior para os enfermeiros, pelo que se aconselham planos de formação cuidados e criteriosos no sentido de minimizar os efeitos da dor na controlada.

A limitação deste estudo refere-se à amostra pouco representativa de todos os enfermeiros que exercem funções em serviços de urgência. Novas investigações são necessárias para perceber qual o real nível de conhecimentos existentes, por parte dos enfermeiros, quanto à gestão da dor e quanto ao nível de qualidade das suas práticas.

CONCLUSÕES

A complexidade do fenómeno dor e a subjetividade subjacente são as principais barreiras à sua correta avaliação. As escalas de avaliação são uma ferramenta importante para a sua monitorização e são cruciais para a eficácia do tratamento. A subjetividade inerente à avaliação e quantificação da dor apenas é ultrapassada quando a própria pessoa é capaz de descrever e avaliar com exatidão a sua dor.

Entende-se, assim, que a formação contínua relacionada com a gestão da dor deve ser uma prioridade para os enfermeiros que prestam cuidados nos serviços de Urgência, devendo a formação ser constantemente atualizada para que as práticas possam ser prestadas de acordo com a melhor evidência disponível. Estes serviços são o principal ponto de chegada para pessoas com dor, e podemos constatar que a gestão da mesma continua a ser subvalorizada, pelo que consideramos relevante que os gestores destas unidades a considerem como problemática prioritária. Esta investigação demonstrou que o nível de conhecimentos tem uma relação estreita com as boas práticas na gestão da dor. Para o efeito, a formação é pilar fundamental para o tratamento da dor.

AGRADECIMENTOS

FCT, Portugal, CI&DETS, Superior School of Health, Polytechnic Institute of Viseu, Portugal and CIEC, Minho University, Portugal. The overall investigation was previously funded by the FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Portuguese Foundation for Science and Technology) within the project “*Evidências para Não Arriscar Vidas: do pré-hospitalar ao serviço de urgência e à alta - MaisVIDAS*”, com a Refª: PROJ/UniCISE /2017/0001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, N., Goucke, R., Toye, C., & McCullough, K. (2018). Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews Evid Based Nurs*, 15(5), 368-376. DOI:10.1111/wvn.12318
- Almeida, V. (2015). *A avaliação da dor no doente cirúrgico com alterações cognitivas*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3052/1/ALMEIDA%2C%20VeraLuciaBarbosa%20DM.pdf>
- António, C., Santos, E., Cunha, M., & Duarte, J. (2019). Estudo psicométrico da Escala de Práticas de Enfermagem na Gestão da Dor. *Revista Referência*.
- APED. (2013). *Declaração de Montreal*. Retrieved from Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: <http://www.aped-dor.com/index.php/a-aped/declaracao-de-montreal.html>
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2016). The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. *Eur J Health Econ*, 17(1), 87-98. DOI:10.1007/s10198-014-0659-4
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonças, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2018). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*, 13(8), 773-83. DOI:10.1016/j.jpain.2012.05.012
- Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor*. Lisboa: Lidel.
- Carvalho, M. (2016). *O Sistema de Triagem de Manchester e a avaliação da pessoa com dor*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em repositorio.ipv.pt/bitstream/...19/.../ALMEIDA%2C%20VeraLuciaBarbosa%20DM.pdf.
- Curtis, L., & Morrell, T. D., T. (2006). Pain management in the emergency department. *Emergency Medicine Practice*, 8(7), 1-28.
- Decosterd, I., Hugli, O., Tamchè, E., Blanc, C., Mouhsine, E., & Givel, J. (2007). Oligoanalgesia in the emergency department: Short-term beneficial effects of an education program on acute pain. *Annals of Emergency Medicine*, 50(4), 462-471.
- DGS (2003). Circular normativa nº 9/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Direção-Geral da Saúde*.
- DGS (2013). Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor). *Direção-Geral da Saúde*. Acedido em <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-contr>
- Ferreira, L. (2013). *Prevalência de Dor em Emergência Pré-Hospitalar*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A., & Freitas, P. (2014). Pain and Analgesia in Critical Illness. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20.
- Germossa, G., Sjetne, I., & Helleso, R. (2018). The Impact of an In-service Educational Program on Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management in an Ethiopian University Hospital. *Frontiers in Public Health*, 6, 229, 1-7.
- Gouveia, M., & Augusto, M. (2011). Indirect costs of chronic pain. *Rev Port Saúde Pública*, 29(2), 100-107.
- Grant, M., Ferrel, B., Hanson, J., Sun, V., & Uman, G. (2011). The enduring need for the pain resource nurse (PRN) training program. *J Cancer Educ*, 26(4):598-603. DOI:10.1007/s13187-011-0268-1
- Grunenthal. (s.d). Código Visual da Dor de Grunenthal. Algés: Grunenthal S.A. Portugal.
- International Association for the Study of Pain. (2018). *IASP - International Association for the Study of Pain*. Acedido em <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Council of Nurses (2011). *CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2*. Genebra: Ordem dos Enfermeiros.

- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7 ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Motov, S. (2012). Acute Pain Management in the Emergency Department: The Evidence-Based Approach to Controversial Issues. *EMedHome*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pestana, M., & Gagueiro, J. (2014). *Análise de dados para Ciências Sociais - A complementariedade do SPSS* (6 ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pines, J., & Hollander, J. (2008). Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine*, 51(1), 1-5.
- Simon, B., Scallan, E., Carrol, G., & Steagall, P. (2017). The lack of analgesic use (oligoanalgesia) in small animal practice. *J Small Anim Pract*, 58(10):543-554. DOI:10.1111/jsap.12717

Millenium, 2(ed espec. nº5), 281-292.

pt

LITERACIA EM SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS
LITERACY IN HEALTH IN PALLIATIVE CARE
ALFABETIZACIÓN SANITARIA EN ATENCIÓN PALIATIVA

*Olivério Ribeiro*¹
*Silvia Lima*²
*João Duarte*¹

¹Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, Viseu, Portugal

²Centro Hospitalar Baixo-Vouga, Hospital Visconde de Salreu, Unidade de Cuidados Paliativos, Estarreja, Portugal

Olivério Ribeiro - oribeiro@essv.ipv.pt | Silvia Lima - silviarlima86@gmail.com | João Duarte - duartejohnny@gmail.com



Autor Correspondente

Olivério Ribeiro
Escola Superior de Saúde Viseu
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu - Portugal
oribeiro@essv.ipv.pt

RECEBIDO: 11 de março de 2020

ACEITE: 07 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: A Literacia em Saúde (LS) do familiar do doente em cuidados paliativos assume-se como uma preocupação crescente para a melhoria dos cuidados a prestar pelos profissionais. Estudos têm demonstrado um nível inadequado de literacia na população portuguesa.

Objetivos: Avaliar o nível de LS dos familiares de doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) e analisar a relação existente entre a LS e as variáveis sociodemográficas.

Métodos: Estudo quantitativo descritivo-correlacional com uma amostra não probabilística por conveniência de 96 familiares da região centro de Portugal. recorrendo-se a um questionário de dados sócio-demográficos e aplicação do traduzido e validado em Portugal por Pedro et al (2014), que trata de três dimensões (HL for Health Care, HL for Prevention Disease and HL Health Promotion)

Resultados: Os familiares são maioritariamente mulheres (67,7%), cuidadores principais (73,8%), com idades ≤ 64 anos (84,6%), vivendo com o companheiro (64,6%) e com os filhos (56,3%). Residem em meio urbano (54,2%) e exercendo a profissão (61,5%). Não têm experiência em CP (90,6%) nem na área da saúde (87,5%), apresentam maior índice de Literacia na Prevenção da Doença ($M=31.06 \pm 9.59$) e menor na Promoção da Saúde ($M=26.57 \pm 10.69$). Em todas as dimensões, os níveis de Literacia distribuem-se entre o Inadequado e Problemático.

Conclusões: os resultados revelaram baixos índices de Literacia em Saúde. Os profissionais, no planeamento dos Cuidados ao doente e sua família devem instituir ações que promovam o empoderamento destes.

Palavras-chave: cuidados paliativos; família; alfabetização em saúde

ABSTRACT

Introduction: Health Literacy (HL) of the patient's family member in palliative care is a growing concern for improving the care to be provided by professionals. Studies have shown an inadequate level of literacy in the Portuguese population.

Objectives: To evaluate the HL level of family members of patients admitted to Palliative Care Units (PCU) and to analyze the relationship between HL and sociodemographic variables.

Methods: Quantitative descriptive-correlational study with a non-probabilistic sample for convenience of 96 family members from the central region of Portugal.

A questionnaire of sociodemographic data and application of the HLS-EU-PT was used, translated and validated in Portugal by Pedro et al (2014), which deals with 3 dimensions (HL for Health Care, HL for Disease Prevention and HL Health Promotion).

Results: Family members, mostly women (67.7%), main caregivers (73.8%), aged ≤ 64 years (84.6%), grade kinship child (41.7%), living with partner (64.6%) and with children (56.3%). They live in urban areas (54.2%), with basic education and exercising their profession (61.5%). They have no experience in PC (90.6%) or in the health area (87.5%).

Family members have a higher Literacy Index in Disease Prevention ($M = 31.06 \pm 9.59$) and lower in Health Promotion ($M = 26.57 \pm 10.69$). In all dimensions, the levels of Literacy are distributed between the Inadequate and the Problematic.

Conclusions: The results revealed low levels of Health Literacy. Professionals, when planning Care for the patient and their family, should institute actions that promote their empowerment.

Keywords: palliative care; family; health literacy

RESUMEN

Introducción: la alfabetización sanitaria (LS) del familiar del paciente en cuidados paliativos es una preocupación creciente para mejorar la atención que deben brindar los profesionales. Los estudios han demostrado un nivel inadecuado de alfabetización en la población portuguesa.

Objetivos: Evaluar el nivel de LS de los miembros de la familia de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) y analizar la relación entre el LS y las variables sociodemográficas.

Métodos: Estudio cuantitativo descriptivo-correlacional con una muestra no probabilística para conveniencia de 96 miembros de la familia de la región central de Portugal.

Un cuestionario de datos sociodemográficos y la aplicación del HLS-EU-PT fue utilizado, traducido y validado en Portugal por Pedro et al (2014), que aborda 3 dimensiones (LS de Atención de la Salud, LS de Prevención de Enfermedades y LS Promoción de la salud).

Resultados: los miembros de la familia en su mayoría son mujeres (67.7%), cuidadores principales (73.8%), edad ≤ 64 años (84.6%), grado parentesco infantil (41.7%), viviendo en pareja (64.6%) y con hijos (56.3%). Viven en áreas urbanas (54.2%), con educación básica y ejerciendo su profesión (61.5%). No tienen experiencia en PC (90.6%) o en el área de salud (87.5%).

tienen un índice de alfabetización más alto en la prevención de enfermedades ($M = 31.06 \pm 9.59$) y más bajo en promoción de la salud ($M = 26.57 \pm 10.69$).

En todas las dimensiones, los niveles de alfabetización se distribuyen entre lo inadecuado y lo problemático.

Conclusiones: Los resultados revelaron bajos niveles de Alfabetización en Salud. Los profesionales, al planificar la Atención al paciente y su familia, deberían instituir acciones que promuevan su empoderamiento.

Palabras Clave: cuidados paliativos; familia; alfabetización en salud

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) têm vindo a ser reconhecidos como um direito fundamental e a assumir uma posição de destaque nos cuidados de saúde, nomeadamente em Portugal onde a sua introdução progressiva, sobretudo após a criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos tem ocorrido (APCP, 2016, OPCP, 2019).

Os CP para além de serem um sistema estruturado de cuidados, são também uma filosofia e têm como objetivos a promoção da qualidade de vida das pessoas e seus familiares, que em conjunto, encaram os problemas associados com doenças, que põem em risco a vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, recorrendo à identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial, emocional e espiritual (Zepeta *et al*, 2018).

Em CP a família não pode ser dissociada dos cuidados integrais ao doente. Esta, considerada como cuidador informal, para além de constituir-se como um importante mediador nos cuidados profissionais é também um importante referente emocional durante todo o processo de adoecimento. A doença não afeta somente o doente, mas também, tudo o que o rodeia, sendo a família uma rede complexa de relações. O impacto do cuidar recai sobre o doente e sobre todos os elementos da família (Almeida, 2012; Lei nº52/2012).

A Literacia em saúde (LS) é também uma preocupação presente, apresentando-se como caminho para a melhoria dos cuidados em saúde, na medida em que esta engloba um conjunto de competências cognitivas e sociais, permitindo ao indivíduo tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida, do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controle dos indivíduos sobre a sua saúde, para procurar informação avaliá-la de forma crítica e usá-la para exercer um maior controlo sobre as situações de saúde, assumindo responsabilidades (DGS, 2019; Pedro *et al*, 2016).

Existem já alguns estudos sobre a LS realizados em Portugal, tendo demonstrado um nível inadequado de LS na população portuguesa, com consequências significativas para os resultados e para a utilização dos serviços em saúde, com impacto nos gastos em saúde. Porém, são escassos e não existem referências no que concerne à família do doente internado em Cuidados Paliativos. Pelo disposto, este estudo tem como principal objetivo analisar a relação existente entre as variáveis sociodemográficas do familiar do doente internado em Unidades de Cuidados Paliativos e o nível de Literacia em Saúde dos mesmos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O envelhecimento populacional é um fenómeno generalizado nos países desenvolvidos, fenómeno este, relacionado com o aumento da esperança média de vida, melhores condições sociais e de acesso à saúde. Porém, com o envelhecimento, surgiram também diversas doenças relacionadas com a idade, e uma maior prevalência das doenças crónicas e degenerativas ou que originam diminuição de capacidades, o que não garante qualidade de vida e bem-estar (Silva, 2014 e Carneiro, 2012).

Os Cuidados Paliativos (CP) em crescente desenvolvimento no nosso país, assumem cada vez mais importância no contexto dos cuidados de saúde, visto constituírem-se como uma resposta eficaz face às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, de modo a permitir um fim de vida digno e com qualidade (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

Importa definir Cuidados Paliativos, de acordo com a Lei nº 52/2012 (p.5119), os Cuidados Paliativos definem-se como “*cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas em internamento e domicílio, a doentes e suas famílias em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva com o objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e o tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais*”. Deste modo os CP assentam em quatro pilares fundamentais: o controle sintomático adequado, comunicação eficaz, apoio à família e o trabalho em equipa. Se algum destes pilares for desvalorizado na assistência ao doente/ família, a qualidade dos CP é fortemente afetada (DGS, 2005; Lopes, 2013; OE, 2011). Os princípios fundamentais que norteiam a sua estrutura de suporte, contemplam critérios de eficácia, efetividade, eficiência, baseados na evidência e respeitando a alocação racional de recursos (Capelas, Neto e Coelho, 2016).

Em cuidados paliativos a família deve ser incluída no plano de cuidados, pois importa também ter em conta que quando um familiar se encontra doente todo o sistema familiar enfrenta uma crise, daí o apoio à família ser crucial (APCP, 2016; Neto, 2004; Pereira e Lopes, 2012; Rocha, 2017).

Os direitos do doente paliativo e sua família constam na Lei nº 52/2012 e o conceito de família é definido como “*a pessoa ou pessoas designadas pelo doente ou, em caso de menores ou pessoas sem capacidade de decisão, pelo seu representante legal, com quem o doente tem uma relação próxima, podendo ou não ter laços de parentesco com o doente*” (p.5119).

O conselho internacional de Enfermeiros (2011, p.115) escrutina um pouco mais os laços familiares do doente, definindo-a como: “*unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais e legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes*”.

Atualmente a família possui um significado mais amplo, mais do que a consanguinidade que os liga é consensual entre os diferentes autores a significância emocional e afetiva que o doente dá a esse elemento, sendo sinónimo de convivente significativo ou pessoa significativa (Ferris *et al*, 2002; OE, 2002; OPCP, 2018).

Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde estejam preparados para implementar intervenções paliativas de qualidade. O Enfermeiro está numa posição de destaque para avaliar e cuidar do doente terminal e da sua família, dada a sua diferenciação técnico-científica, competência humana e relacional, e o seu tempo de permanência junto do doente/família, tornando-se um elemento fundamental na equipa de cuidados (CNCP, 2017; Lopes, 2013). Capelas e Coelho (2014) reforçam a ideia de que a elevada qualidade e complexidade destes cuidados requer uma equipa interdisciplinar bem coordenada, bem formada e treinada, com competências comunicacionais e relacionais necessárias.

O conceito de Literacia em Saúde tem vindo a adquirir destaque nas últimas décadas enquanto conceito fundamental para um papel mais ativo, promovendo o espírito crítico por parte dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde e aos cuidados de saúde, apresentando-se como um desafio da saúde pública em Portugal, mas também na agenda europeia para a saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS) (DGS, 2019; Pedro *et al*, 2016).

Porém, para uma melhor compreensão do que é a Literacia em Saúde é importante definir este conceito. Apesar deste conceito ter surgido pela primeira vez em 1974, as primeiras definições remontam para finais da década de 90. A OMS em 1998 define Literacia em Saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação de forma a manter uma boa saúde” (DGS, 2019; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Pedro *et al*, 2016).

O conceito tornou-se mais vasto, tendo evoluído de uma definição simplesmente cognitiva para uma definição que abarca as componentes pessoal e social do indivíduo, sendo a definição mais atual e completa como, “a capacidade para tomar decisões fundamentadas, no decurso da vida, do dia-a-dia, em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização de serviços de saúde, no mercado e no contexto político. É uma estratégia de capacitação para aumentar o controle das pessoas sobre a sua saúde, para procurar informação e assumir responsabilidades” (Kickbusch *et al*, 2005 cit in Pedro *et al*, 2016).

Existem dois elementos fundamentais na Literacia: as tarefas (tasks) e as competências (Skills). O mesmo autor faz referência a três tipos ou níveis de Literacia: a Literacia Funcional (ou básica), a Literacia Interativa (comunicacional) e a Literacia Crítica (*Idem*). É consensual que, uma pessoa com um baixo nível de LS apresente maior dificuldade e por isso mesmo menor probabilidade de compreensão da informação (oral e escrita) fornecida pelos diferentes técnicos de saúde, mas também ocorrer uma menor probabilidade de serem capazes de navegar no sistema de saúde, obtendo os serviços de que necessitam, mas também dificuldade na realização dos procedimentos necessários e seguir indicações prescritas. De uma forma geral este baixo nível de LS correlaciona-se com um baixo conhecimento ou perceção quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde.

No nosso país, a promoção da Literacia em Saúde tem vindo a alcançar posição de destaque tendo em vista a melhoria dos cuidados de saúde, assumindo-se como fundamental na definição de políticas de saúde. Por tudo isto, nesta última década têm sido desenvolvidos vários esforços e tem sido realizada investigação no sentido de conhecer os níveis de Literacia em saúde, limitações à mesma, de forma a orientar ações no sentido da sua melhoria (Pedro *et al*, 2016).

Foram exemplos: a tradução, validação e aplicação do Questionário Europeu à Literacia em Saúde para Portugal (HLS – EU – PT - European Health Literacy Survey Portugal) promovido em 2014 pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, em parceria com a DGS/PNS e toda uma vasta rede académica, bem como da iniciativa do Programa Inovar em saúde da Fundação Calouste Gulbenkian (2016), com a aplicação em 2015, do Inquérito sobre a Literacia em Saúde em Portugal (ILS-PT); trabalhos com bases e conclusões semelhantes. Uma vez que o HLS-EU foi pioneiro, será este a base científica a analisar no decorrer do trabalho (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Pedro *et al*, 2016).

O Inquérito Europeu à Literacia em Saúde (HLS – EU – European Health Literacy Survey), financiado pela comissão europeia, liderado pela Universidade de Maastricht, foi aplicado pela primeira vez em 2011 a um conjunto oito países europeus (Áustria, Alemanha, Bulgária, Espanha, Grécia, Irlanda, Holanda e Polónia). A sua aplicação veio impulsionar novos desenvolvimentos nesta área de investigação, tendo-se revelado como uma primeira tentativa para investigar, com metodologia ampla, a Literacia em Saúde na Europa, baseada na elaboração e aplicação de um questionário semelhante entre os países de recolha de informação. A utilização do mesmo instrumento de colheita de dados pelos países participantes permitiu a comparabilidade dos resultados entre os mesmos (Pedro *et al*, 2016). De acordo com este autor, este instrumento mede o nível de LS por autoperceção e é composto por 47 questões, estruturadas de acordo com um modelo conceptual, que integra 3 domínios importantes de saúde: cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, e 4 níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização, fundamentais à tomada de decisão. Foram definidos 4 níveis de LS: inadequada, problemática, suficiente e excelente. Com a aplicação do HLS-EU-PT e após análise dos dados observou-se que Portugal, no que diz respeito ao índice de LS geral foi o segundo país com média mais baixa; em relação ao subíndice de LS em cuidados de saúde foi o que apresentou média mais baixa; em relação ao subíndice de LS em prevenção da doença foi o segundo país com média mais baixa e por fim, em relação ao subíndice de LS em promoção da saúde foi o terceiro país com média mais baixa.

Os cuidados paliativos não escolhem idades, são transversais a todo o ciclo vital, mas também a todos os níveis de cuidados a que a população tem acesso, seja a nível dos CSP, CSH e CCI (APCP, 2016; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2019; DGS, 2019).

Os vários autores consultados, em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, defendem que a promoção da LS junto das pessoas, comunidades e organizações constitui-se como uma importante oportunidade e desafio em saúde, não sendo os Cuidados Paliativos exceção.

Analisando os Planos Estratégicos para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, elaborados de forma a que estejam reunidas condições para a implementação e operacionalização da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, tanto o que foi elaborado para o biénio 2017-2018 como o mais recente, para 2019-2020, podemos constatar nas linhas estratégicas gerais e eixos de intervenção prioritários a crescente preocupação com a LS (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2019 e Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017).

Embora não existam estudos direcionados para a população-alvo de cuidados em CP que avaliem o seu nível de LS, existindo apenas para a população portuguesa em geral, pretendemos analisar algumas variáveis sócio-demográficas, que possam interferir neste nível.

2. MÉTODOS

O presente estudo enquadra-se no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

2.1 Participantes

A população do estudo foi constituída por familiares (preferencialmente o Familiar de Referência) de doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos da região centro do país que aceitaram participar voluntariamente no estudo. A opção por este grupo populacional prendeu-se com o facto de serem estes familiares os que mais se relacionam com o doente e desse modo, deterem um maior conhecimento das problemáticas resultantes do processo de transição que atravessam para além de serem também foco de cuidados por parte dos profissionais da equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro assume posição de destaque. Optou-se por uma amostra não probabilística, acidental e por conveniência, tendo-se obtido 96 questionários provenientes das três Unidades de Cuidados Paliativos que aceitaram participar no estudo: 33 questionários UCP Salreu (Centro Hospitalar Baixo-Vouga, E.P.E.), 32 questionários UCP Seia (ULS Guarda) e 31 questionários UCP Tondela (Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.). Como critérios de seleção para a composição da amostra teve-se em consideração os familiares com idade mínima de 16 anos, saber ler e escrever, sem défices cognitivos e que aceitaram participar no estudo, após conhecimento e assinatura do consentimento informado, fazendo-o a partir do 3º dia de internamento do doente.

A amostra foi constituída em 67,7% por participantes do sexo feminino e em 32,3% do sexo masculino. O tratamento estatístico do estudo pôs em evidência que relativamente à idade, obtivemos como mínima os 20 anos e a máxima de 79 anos (média de 49.44 anos \pm 14.9).

Em face da amplitude de variação encontrada, 59 anos, agrupámos os dados em duas classes (adultos \leq 64 anos e idosos \geq 65 anos), sendo que a maior parte da amostra apresenta uma **idade** igual ou inferior a 64 anos (82,3%). Quanto ao **sexo**, as maiores percentagens encontram-se nas mulheres, tanto para as que possuem idade igual ou superior a 65 anos (15,4%), como idade igual ou inferior a 64 anos (84,6%). Porém, a diferença encontrada entre o sexo e a idade dos participantes não é estatisticamente significativa ($X^2=0.746$ e $p=0.388$).

A relação de filho/a é a mais comum entre o familiar e doente (41,7%), seguida de outros familiares (31,3%) onde se inserem os netos (as), sobrinhos (as), sogros (as), irmãos (ãs) e por fim, de esposa (o) correspondendo uma percentagem de 27,1%. O estatuto de filha é a que sobressai com maior percentagem (44,6%). A diferença encontrada entre o sexo e o grau de parentesco dos participantes não é estatisticamente significativa ($X^2=0.888$ e $p=0.642$).

No respeito ao **estado civil**, constatamos que a maioria dos familiares de referência vive com companheiro(a) (64,6%) e os restantes 34,5% não possui nenhuma relação de co-habitabilidade. Entre o género, os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para a totalidade da amostra. A diferença encontrada entre estas variáveis não é estatisticamente significativa ($X^2=0.000$ e $p=0.992$).

A análise da **composição do agregado familiar** denota que, os casais com filhos predominam na amostra (56,3%), seguido dos casais sem filhos (20,8%). Com igualdade percentual (11,5%) surgem as famílias monoparentais e as famílias com apenas um elemento. Destacamos o facto de o sexo feminino preencher a totalidade das famílias monoparentais (16,9%), com diferenças percentuais estatisticamente significativas ($X^2=10.908$, $p=0.011$).

Analisada a **co-habitação do familiar de referência com o doente**, os dados revelaram que a maioria não habita na mesma casa do doente (53,1%). Contudo, o sexo feminino com 50,8%, referindo habitar na mesma casa contraria essa tendência. As diferenças encontradas entre o sexo e o facto de residir na mesma casa do doente não são estatisticamente significativas ($X^2=1.226$, $p=0.268$).

O estatuto de **cuidador principal** do doente, verifica-se na maioria, porque apenas 26,2% não desempenham este papel, sendo que 62,5% assumem-se como tal. Os inquiridos do sexo feminino são os que maioritariamente se assumem como cuidador (73,8%). Em sentido oposto, verificamos que a maior parte dos familiares de referência do sexo masculino não são cuidadores

(61,3%), sendo ainda de destacar que no sexo masculino, os que se assumem como cuidadores (38,7%) são os que habitam na mesma casa do doente, sendo as diferenças percentuais estatisticamente significativas ($X^2=11.056$, $p=0.001$), revelando os valores residuais que as mesmas se situam no sexo masculino em que não se assumem como cuidadores principais e no sexo feminino que são os cuidadores principais do doente.

Nas **habilitações académicas** dos familiares de referência, predomina o ensino básico (49%), seguido do ensino superior (26%) e com menos um ponto percentual o ensino secundário. Entre o género, os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para a totalidade da amostra à exceção do ensino secundário, para o sexo feminino, que ocupa a segunda posição (27.7%). A diferença encontrada entre o sexo e as habilitações académicas não são estatisticamente significativas ($X^2=3.866$ e $p=0.145$).

O **estado laboral** do familiar de referência, denota que a maioria da amostra se encontra ativa com 61,5%. Entre o género, os valores percentuais são semelhantes aos obtidos para a totalidade da amostra. A diferença encontrada entre o sexo e o estado laboral não é estatisticamente significativa ($X^2=3.135$ e $p=0.077$).

Quanto ao **ser profissional ou estudante na área da saúde**, variável sociodemográfica interessante de analisar, verificou-se que os dados obtidos colocaram em evidência que mais de dois terços dos inquiridos não tinha contacto com a área da saúde (87,5%). Dos restantes 12,5% dos familiares com este atributo, registamos valores percentuais semelhantes em ambos os sexos. Contudo, as diferenças percentuais apresentadas não apresentaram valores estatisticamente significativos ($X^2=0.551$, $p=0.516$).

Analisamos ainda a **experiência anterior** em Cuidados Paliativos vivenciada pelo familiar de referência e registamos que apenas 9,4% da amostra vivenciou esta experiência, não existindo diferenças entre o género (12,9% no sexo masculino vs 7,7% no feminino). As diferenças percentuais apresentadas não são estatisticamente significativas ($X^2=0.671$, $p=0.464$).

Por fim, surge a **residência** do familiar de referência. Registamos que a maioria dos inquiridos reside em meio urbano (54,2%). Analisando os resultados em função do sexo, observamos que, no sexo masculino as percentagens obtidas vão de encontro com a globalidade dos dados, mas ao invés, no sexo feminino, a maioria dos familiares reside em meio rural (50,8%) seguido dos que residem em meio urbano (49,2%). A diferença encontrada entre o sexo e a residência não é estatisticamente significativa ($X^2=1.975$ e $p=0.160$).

O **tempo de cuidador** nos 60 familiares de referência que se assumem como cuidadores principais (62,5%), denotam um tempo mínimo de cuidados oscila entre 1 mês e o máximo de 300 meses, correspondendo a uma média de 19.1 meses (± 42.21 dp), recaindo o mínimo e o máximo no sexo feminino com 48 inquiridos (73.8%). Nestes, o tempo médio foi de 19.62 meses (± 45.88 dp). Já em relação ao sexo masculino, constituído por 12 elementos (38,7%), o tempo de cuidador oscila entre os 2 e os 84 meses, com uma média de 17 meses (± 23.53 dp). A maioria dos familiares inquiridos desempenham a função de cuidadores principais nos primeiros 6 meses (38.3%), seguido do período de 7 a 12 meses (33.3%) e por fim, 28.3% num período de 12 até 300 meses. Verifica-se pois a supremacia do sexo feminino nesta função em todos os períodos, sendo que a diferença encontrada entre o sexo e o tempo de Cuidador não é estatisticamente significativa ($X^2=0.488$ e $p=0.780$).

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A colheita de dados foi sustentada pelos seguintes questionários:

- **Questionário de dados Sociodemográficos:** Questionário *ad hoc*, elaborado para o efeito permitindo colher dados relativos à idade, sexo, parentesco, estado civil, composição do agregado familiar, residência na mesma casa do doente, assumir ou não o papel de cuidador principal do doente, escolaridade, estado laboral, profissional ou estudante da área da saúde, experiência anterior de internamento em CP e local de residência.
- **Questionário HLS-EU-PT**, para a avaliação do nível de Literacia em Saúde, versão adaptada para a população portuguesa do questionário HLS – EU – PT (European Health Literacy Survey Portugal), desenvolvido em Portugal em 2014 pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, tendo a coordenação geral por parte da Universidade de Maastricht. Este instrumento mede o nível de LS por autopercção é composto por 47 questões, que integram os 3 principais domínios de saúde: cuidados de saúde (16 questões: do item 1 ao 16), prevenção da doença (15 questões: do item 17 ao 31) e promoção da saúde (16 questões: do item 32 ao 47), bem como 4 níveis de processamento da informação: acesso, compreensão, avaliação e utilização, essenciais à tomada de decisão. Através de uma escala de 4 valores que vai do muito fácil ao muito difícil, pretende-se que o inquirido indique o grau de dificuldade que sente na realização de tarefas relevantes na gestão da sua saúde. O ponto 5: “*Não sei*”, corresponde a uma não resposta, assumindo nos somatórios como um *missing value*. Foram definidos 4 níveis de LS: inadequada, problemática, suficiente e excelente. Para chegar a estes níveis, no tratamento estatístico, utilizou-se um conjunto de fórmulas que possibilitaram o cálculo dos scores: o questionário inicial de 47 itens foi convertido em 188 pontos e, de modo a garantir o cálculo correto dos 4 níveis de LS e assegurar a comparação entre eles, estes foram uniformizados numa escala métrica variável entre 0-50, na qual o 0 é o mínimo possível de LS e o 50 o máximo possível de LS, pela fórmula anteriormente exposta.

Para os 4 níveis foram identificados os seguintes pontos de corte: scores iguais ou inferiores a 25 pontos = literacia em saúde inadequada; scores entre 25,01 e 33 pontos = Literacia em saúde problemática; scores entre 33,01 e 42 = literacia em saúde suficiente e scores entre 42,01 e 50 = literacia em saúde excelente, de acordo com a mesma fonte.

De forma a testar a fidelidade do instrumento, foi aplicado o coeficiente alpha de Cronbach às diversas dimensões que constituem o questionário HLS-EU-PT, obtendo um valor de 0.932.

$$I = [(X - 1)/3] * 50$$

Em que:

I - Índice específico calculado;

X - Média das questões respondidas para cada indivíduo

1 - Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 - Intervalo da média

50 - Valor máximo escolhido para a escala

2.3 Análise estatística

Os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados foram objeto de tratamento estatístico e processados através do programa informático Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 25 para Windows, recorrendo-se a técnicas de estatística descritiva e de análise inferencial. Na análise estatística descritiva recorreu-se a frequências, medidas de tendência central, medidas de dispersão ou variabilidade e, ainda, medidas de forma e medidas de associação como a correlação de Pearson.

Na estatística Inferencial, foram aplicados testes paramétricos, como o Teste T de Student, e testes não paramétricos, como o Teste U Mann-Whitney e Teste Kruskal – Wallis, bem como regressões lineares simples e múltiplas. Foi também aplicado o teste do Qui-quadrado (X^2), utilizado nas variáveis de natureza nominal para estudo de proporções. Na análise estatística e inferencial consideraram-se os seguintes valores de significância: $p < 0.05^*$ - diferença estatística significativa; $p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa; $p < 0.001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa e $p \geq 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa. Para a apresentação dos dados recorreu-se a tabelas e gráficos.

2.4 Procedimentos

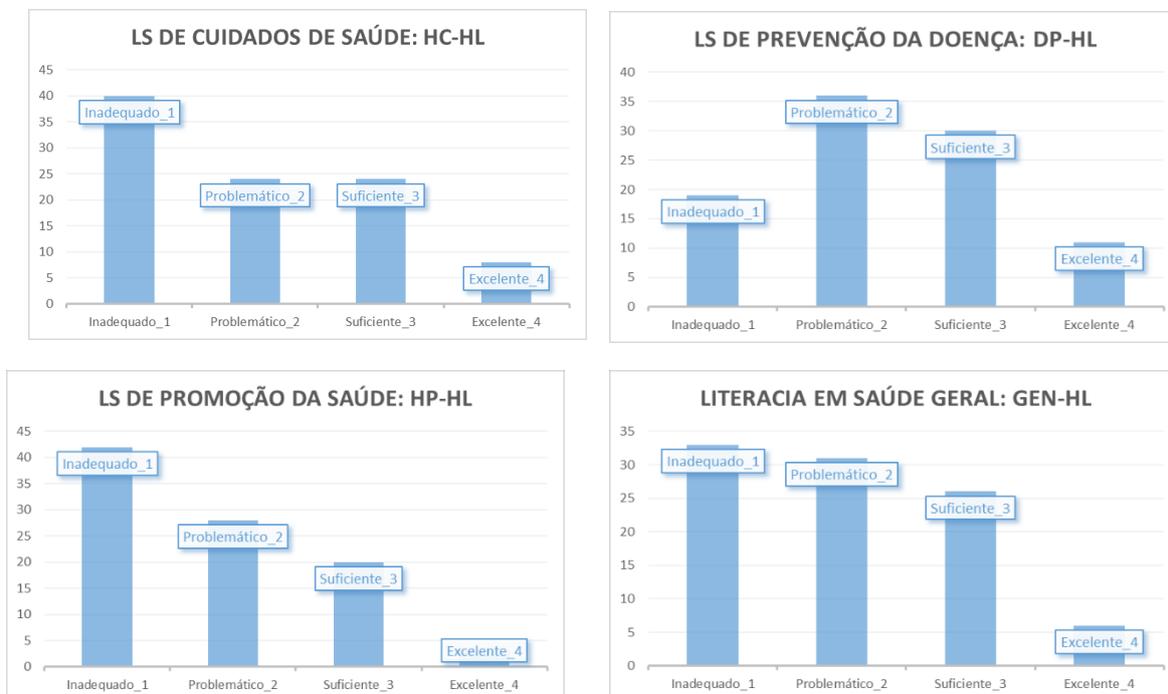
Para a realização do estudo e cumprimento dos procedimentos ético-legais, foram solicitadas as devidas autorizações, tanto para a utilização do questionário, como para a aplicação do instrumento de colheita de dados junto das instituições, após parecer positivo da Comissão de ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. Todo o procedimento foi concretizado após o consentimento informado com assinatura do formulário pelos participantes no estudo, que decorreu entre 23 de outubro de 2018 e 30 de junho de 2019.

3. RESULTADOS

As estatísticas relacionadas com o nível de Literacia em saúde do familiar do doente internado numa Unidade de Cuidados Paliativos, mostram que, de um modo geral, os participantes apresentaram um índice de Literacia mínimo de 7.09 e máximo de 50, correspondendo uma média de 28.62 ± 8.65 dp.

Os valores dos Cuidados de Saúde (HC-HL), os valores variam entre o mínimo de 6.25 e máximo de 50, com uma média de 28.39 ± 9.14 dp. Para a LS de Prevenção da Doença (DP-HL), o mínimo encontrado foi de 0 e o máximo de 50, sendo a média de 31.06 e desvio padrão de ± 9.59 . Na dimensão LS de Promoção da Saúde (HP-HL), os valores oscilam entre 2.08 e máximo de 50, correspondendo uma média de 26.57 ± 10.69 dp.

Face aos resultados obtido, podemos afirmar que os familiares apresentam um índice de LS mais elevado na Prevenção da Doença (DP-HL) e um menor índice na Promoção da Saúde (HP-HL). Porém, em todas as dimensões, os valores mínimos encontram-se no patamar de LS inadequada ($LS \leq 25$), com um índice baixo. Por outro lado, as médias encontram-se no patamar da LS problemática. Nas figuras seguintes (1 a 4), é possível verificar, através da sua análise, que os níveis de LS da amostra estão mais distribuídos pelas classes Inadequado e Problemático, com maior incidência no primeiro. Tal fato demonstra que a LS é um tema atual e deve fazer parte das prioridades na saúde, uma vez que ainda existe um longo caminho a percorrer a nível do empoderamento das pessoas, nomeadamente dos familiares de referência do doente internado em UCP.



Figuras 1,2,3,4 – Distribuição dos Índices de Literacia em Saúde.

Nas tabelas 1, 2 e 3 são apresentados dados relativos à estatística inferencial em função das variáveis sociodemográficas e as diferentes dimensões da LS em Saúde: LS de Cuidados de Saúde (HC-HL), LS de Prevenção da Doença (DP-HL), LS de Promoção da Saúde (HP-HL) e Literacia em Saúde Geral, respetivamente. É possível verificar que, de uma forma geral:

- Existem diferenças estatisticamente significativas entre o género do Familiar de referência e o nível de LS, sendo que o sexo feminino apresenta ordenações médias mais baixos, logo um nível de LS mais baixo que o sexo masculino;
- A idade do familiar de referência do doente internado em UCP condiciona o nível de LS, sendo a faixa etária a partir dos 65 anos a que apresenta um nível mais baixo de Literacia em Saúde;
- Existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de parentesco do familiar de referência e o nível de LS Geral e LS de Promoção da Saúde, com ordenações médias mais altas, ou seja, nível de LS mais alto na categoria Filho/a;
- O estado civil do Familiar de Referência também se relaciona com o nível de LS do mesmo, sendo que, os que não apresentam companheiro/a detêm um nível mais elevado de LS;
- Existe relação entre a composição do agregado familiar e a LS Geral, com níveis de LS mais baixos nos casais sem filhos;
- Co-habitar com o doente influencia o nível de LS Geral e LS de Promoção da Saúde, pelo que, quem vive com o doente tem menor nível de LS;
- Existem diferenças estatísticas significativas entre o assumir-se como cuidador principal do doente e um pior nível de LS geral e nível de LS de Promoção da Saúde;
- Existe relação entre a escolaridade do Familiar de referência e todas as dimensões da LS. Quanto maior a escolaridade, maior o nível de LS;
- Deter uma atividade profissional, interferiu positivamente no nível de LS nas diferentes dimensões e LS Geral;
- Existe relação entre os familiares de referência com profissões na área da saúde e um maior nível de LS;
- A residência do familiar de referência interfere no nível de LS Geral e no nível de LS de Promoção da Saúde, sendo que, os que residem em meio rural apresentam menor nível de LS.

Tabela 1 – Resultados do Teste U-Mann-Whitney entre as dimensões do questionário de Literacia em Saúde e o Sexo; Idade; Estado Civil, Ser profissional de Saúde; dos familiares de referência do doente internado em UCP, inquiridos

Sexo	Masculino (31)	Feminino (65)	Z	p
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM		
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	60.27	42.88	-2.864	0.004
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	57.44	44.24	-2.173	0.030
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	58.50	43.73	-2.431	0.015
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	60.26	42.89	-2.857	0.004
Idade	≤ 64 anos (79)	≥ 65 anos (17)	Z	p
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM		
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	52.87	28.21	-3.315	0.001
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	52.46	30.09	-3.008	0.003
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	53.81	23.82	-4.029	0.000
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	53.63	24.65	-3.893	0.000
Estado Civil	Sem Companheiro (34)	Com Companheiro (62)	Z	p
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM		
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	57.82	43.39	-2.432	0.015
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	56.31	44.22	-2.037	0.042
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	58.62	42.95	-2.637	0.008
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	58.12	43.23	-2.506	0.012
Profissional de Saúde	Sim (12)	Não (84)	Z	p
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM		
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	77.63	44.34	-3.877	0.000
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	72.96	45.01	-3.256	0.001
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	73.04	44.99	-3.265	0.001
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	76.75	44.46	-3.757	0.000

Tabela 2 – Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre as dimensões do questionário de Literacia em Saúde e o grau de Parentesco; o agregado familiar e a escolaridade do familiar de referência do doente internado em UCP, inquirido.

Grau de Parentesco	Esposo/a (26)	Filho/a (40)	Outros (30)	H	p	
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM	OM			
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	40.69	37.48	32.40	2.829	0.243	
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	50.99	52.04	56.05	5.632	0.060	
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	51.95	53.33	52.38	12.220	0.002	
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	35.69	53.28	53.23	7.541	0.023	
Agregado Familiar	Um (11)	Casal sem filhos (20)	Casal com filhos (54)	Monoparental (11)	H	p
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM	OM	OM		
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	65.68	44.20	45.92	51.82	5.295	0.151
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	64.14	39.60	47.68	53.09	5.870	0.118
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	69.73	42.65	45.96	50.36	7.778	0.051
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	70.41	42.28	46.08	49.77	8.237	0.041
Escolaridade	Ensino Básico (47)	Ensino Secundário (24)	Ensino Superior (25)	H	p	
Literacia em Saúde (HL)	OM	OM	OM			
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)	34.54	58.31	65.32	23.953	0.000	
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)	36.37	58.58	61.62	17.647	0.000	
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)	29.12	63.98	70.08	45.237	0.000	
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)	31.09	62.88	67.44	36.335	0.000	

Tabela 3 – Resultados do Teste T de Student entre as dimensões do questionário de Literacia em Saúde e Co-habitar com o doente; assumir papel Cuidador principal, ser ativo profissionalmente e a residência do familiar de referência inquirido.

Literacia em Saúde (HL)	Mesma casa do doente	Sim (45)		Não (51)		Levene's p	t	p
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)		27.01	8.40	29.62	9.66	0.247	-1.399	0.165
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)		29.21	9.16	32.70	9.75	0.447	-1.801	0.075
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)		22.20	11.17	29.25	9.43	0.190	-3.352	0.001
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)		26.24	8.33	30.73	8.46	0.851	-2.615	0.010
Literacia em Saúde (HL)	Cuidador Principal	Sim (60)		Não (36)		Levene's p	t	p
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)		26.44	8.36	31.66	9.55	0.211	-2.803	0.006
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)		29.83	9.49	33.12	9.54	0.394	-1.639	0.105
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)		23.73	10.75	29.63	10.04	0.619	-2.666	0.009
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)		26.81	8.0	31.66	8.96	0.262	-2.749	0.007
Literacia em Saúde (HL)	Trabalho	Ativo (59)		Não Ativo (37)		Levene's p	t	p
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)		30.58	9.28	24.92	7.84	0.362	3.085	0.003
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)		32.92	9.11	28.11	9.71	0.807	2.455	0.016
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)		28.81	10.39	21.36	10.00	0.962	3.465	0.001
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)		30.90	8.34	25.00	7.97	0.814	3.427	0.001
Literacia em Saúde (HL)	Residência	Meio Rural (44)		Meio Urbano (52)		Levene's p	t	p
		Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão			
1_LS de Cuidados de Saúde (HC-HL)		26.63	8.78	29.89	9.25	0.528	-1.758	0.082
2_LS de Prevenção da Doença (DP-HL)		30.43	8.91	31.60	10.19	0.569	-0.595	0.553
3_LS de Promoção da Saúde (HP-HL)		22.51	11.76	28.85	9.11	0.159	-2.971	0.004
Literacia em Saúde Geral (GEN-HL)		26.70	8.69	30.26	8.37	0.979	-2.040	0.044

Para estudarmos a relação entre a Literacia em Saúde (nas suas várias vertentes) e as variáveis independentes, efetuámos análises de regressões múltiplas. O método de estimação usada foi o de *stepwise*. Para determinar a relação entre as diferentes dimensões da LS e as variáveis independentes, realizou-se inicialmente o teste de correlação de Pearson. De referir que a variável sexo foi recodificada e transformada em *Dummy_1*, dizendo respeito ao sexo Masculino.

Por fim, foi gerado um output gráfico da regressão Linear Múltipla Multivariada final, na Figura 5, com os coeficientes estandardizados para a diferentes dimensões da LS e Variáveis Independentes, sendo possível constatar que:

- São duas as variáveis predictoras do nível de Literacia em Saúde em todas as suas dimensões: a idade e o sexo. Verifica-se que idade (que detém um maior poder preditivo em praticamente todas as dimensões), estabelece uma relação inversa com o nível de LS pelo que quanto menor for a idade do familiar de referência maior o seu nível de LS. Por outro lado, o sexo, apresenta uma relação direta com o nível de LS, sendo que: familiares de referência do Sexo masculino apresentam um nível de LS mais elevado;

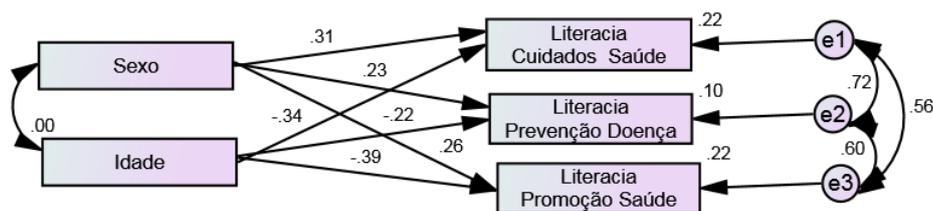


Figura 5 – Output Gráfico da Regressão Linear Múltipla Multivariada entre as dimensões da LS e Variáveis Independentes

4. DISCUSSÃO

Dos 96 familiares de referência de doentes internados em UCP's que constituíram a amostra, foi possível perceber que relativamente às variáveis sociodemográficas, influenciam todas as dimensões no nível de Literacia em Saúde. Constatou-se também que o estado civil do Familiar de Referência sem companheiro/a, escolaridade no ensino básico e não deter uma atividade profissional, influenciam negativamente o seu nível de Literacia. Estes dados são corroborados por Pedro *et al* (2016) que concluiu no seu estudo, que à medida que o nível de escolaridade aumenta, os níveis de LS tendem a ser superiores e níveis mais baixos de LS foram associados aos desempregados e reformados.

Verificou-se também a existência de relação entre os familiares de referência com profissões na área da saúde e um maior nível de LS. A residência do familiar de referência interferiu no nível de LS Geral e no nível de LS de Promoção da Saúde, sendo que, os que residiam em meio rural apresentaram menor nível de LS.

Verificou-se também que as variáveis sociodemográficas, grau de parentesco Esposo/a, Co-habitar com o doente e assumir-se como cuidador principal do doente, têm influência nas dimensões LS Geral e LS de Promoção da Saúde.

A composição do agregado familiar condicionou a LS Geral, com níveis de LS mais baixos nos casais sem filhos. Contudo ainda não existem estudos que reforcem estes resultados.

Por fim, o género do familiar de referência do doente internado em UCP deteve um efeito preditivo no seu nível de LS em todas as dimensões, em que o sexo feminino foi o que apresentou menor nível de LS. Estes dados diferem dos resultados de Pedro *et al* (2016) na medida em que no seu estudo, o sexo masculino apresentou níveis de LS ligeiramente inferiores ao do sexo feminino.

Verificou-se também que a idade do familiar de referência do doente internado em UCP detinha um maior poder preditivo no nível de LS em todas as suas dimensões. Este resultado vai de encontro com o estudo de Pedro *et al* (2016) e Pedro (2018) sugerindo a existência de grupos vulneráveis como sendo os mais velhos, reformados, desempregados e com menos escolaridade.

CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou de uma forma objetiva entender a capacidade de os familiares de referência dos doentes internados em CP acederem, compreenderem, analisarem e utilizarem a informação de saúde nos domínios da utilização dos cuidados de saúde, da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Entendemos ser necessário ter em conta que um nível inadequado ou problemático de LS não é exclusivamente um problema individual, mas também sistémico, com várias implicações para o sistema de saúde. Estruturar meios que permitam ao cidadão tornar-se efetivamente parceiro no processo de cuidados de saúde é essencial.

A preocupação com a Literacia em Saúde é algo atual, contudo encontramos apenas um estudo realizado em 2014 por Pedro *et al*, 2016 mais abrangente para a população portuguesa e não propriamente para os familiares de referência do doente internado em CP

Sugerimos a necessidade de se dar mais apoio ao familiar de referência do doente em CP de modo a poderem sentir-se verdadeiros parceiros e mediadores nos cuidados, assumindo um papel ativo nos cuidados que são prestados ao doente. As questões sociodemográficas bem como as relacionadas com o nível de LS devem ser tidas em conta quando se planeiam os CP diferenciados ao doente e sua família por parte das equipas, com particular relevo da equipa de Enfermagem, a qual deve estar empenhada na melhoria contínua e no empoderamento do nosso alvo de cuidados, assumindo uma atitude proactiva de autocapacitação, exigindo formação ao longo da sua vida profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2012). A família em cuidados paliativos avaliação da satisfação dos familiares dos doentes em cuidados paliativos: contributo para a validação da escala FAMCARE. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina. Acedido em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6832>.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2016). Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. Acedido em http://www.apcp.com.pt/uploads/Ministerio_da_Saude_Proposta_vf_enviado.pdf
- Capelas, M. & Coelho, S. (2014). *Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos*. Acedido em setembro 27, 2016 em Revista cuidados Paliativos vol.1, nº1, pág.17. .
- Capelas, M., Neto, I., & Coelho, S. (2016). Manual de Cuidados Paliativos: *Organização de Serviços*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (915-937p.). ISBN:978-972-9349-37-9.
- Carneiro, M. (2012). O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade. Faculdade de Ciências Humanas de Lisboa. Acedido em <https://www.animar-dl.pt/documentacao/pdf/27-coesao-social/176-o-envelhecimento-da-populacao-dependencia-ativacao-e-qualidade-relatorio-final>.

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2017-2018. Acedido em Serviço Nacional de Saúde, https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1-1.pdf.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2019). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2019-2020. Acedido em Serviço Nacional de Saúde, <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf><https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/04/PEDCP-2019-2020-versao-final-10.02.2019.pdf>.
- Decreto-Lei nº52/2012 (2012, Setembro 05). Criada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos [Portugal]. Diário da República, 1 (172), pp 5119-5124. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n-52-2012-%E2%80%93-Assembleia-da-Rep%C3%BAblica-%E2%80%93-Lei-de-Bases-dos-Cuidados-Paliativos.pdf>. <http://www.trp.pt/diariorepublica/310-dr2012-09.html>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2019). Plano de ação para a Literacia em Saúde, Health Literacy Action Plan Portugal 2019-2021. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx> https://www.google.com/search?q=Plano+de+ac%C3%A7%C3%A3o+para+a+literacia+em+Sa%C3%BAde+portugal+2019-2020&rlz=1C1LOQA_enPT705PT705&oq=Plano+de+ac%C3%A7%C3%A3o+para+a+literacia+em+Sa%C3%BAde+portugal+2019-2020&aqs=chrome..69i57.39438j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Ministério da Saúde: Lisboa. 20p. ISBN:972-675-124-1.
- Ferris et al. (2002). A model to guide hospice palliative care: Based on national principles and norms to practice. Canadian Hospice Palliative Care Association.
- Lopes, S. (2013). Cuidados Paliativos: Conhecimentos dos Estudantes de Licenciatura em Enfermagem. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1999>.
- Neto, I. G. (2004). *Para além dos sintomas: a dignidade e o sentido da vida na prática de cuidados paliativos*. In Neto, I.; Aitken, H.; Paldron, T. (eds.). *A Dignidade e O sentido da Vida: Uma Reflexão Sobre a Nossa Existência*. 1ª Edição. Cascais: Pergaminho. p. 11-48.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf.
- Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP) (2018) – Relatório de Outono de 2018, secção Caracterização e Satisfação dos Cuidadores Informais. Universidade Católica: Instituto de Ciências da Saúde. Acedido em <https://www.apcp.com.pt/noticias/relatorio-do-observatorio-portugues-de-cuidados-paliativos-outono-2018-caracterizacao-e-satisfacao-dos-cuidadores-informais.html>.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual – Enunciados Descritivos. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.
- Pedro (2018). Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente (Tese de Doutoramento). Escola Nacional de saúde Pública. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. 309p. Acedido em <http://hdl.handle.net/10362/58232>.
- Pedro et al. (2016). Literacia em Saúde, dos dados à acção: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2012). *O doente Oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Rocha, A. (2017). Conferência Familiar em Cuidados Paliativos: Caracterização, Eficácia e Satisfação da Família, Doente e Equipa Multidisciplinar de Saúde. Universidade de Coimbra. Acedido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/81390/1/Disserta%C3%A7%C3%A3odaalunaAnaMariaNevesRocha.pdf>.
- Silva, M. (2014). Qualidade de vida em cuidados paliativos: Análise comparativa da percepção dos doentes, cuidadores e profissionais. Dissertação de Mestrado em gestão e economia da saúde da Universidade de Coimbra. Acedido em https://eg.uc.pt/bitstream/10316/27622/1/Mario_silva_Qualidade_vida_cuidados_paliativos.pdf.
- Zepeta, K., & et al (2018). Assistência paliativa de Enfermagem na dor oncológica: Revisão integrativa. *Revista Oficial de Cuidados Paliativos*. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Direção da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 5(1), 36-48. Acedido em https://www.apcp.com.pt/uploads/revista-cuidados-paliativos_vol05_n01_2018_vfinal25_07_2018.pdf.

FATORES QUE INFLUENCIAM O AUTOCUIDADO NAS PESSOAS COM ARTRITE REUMATÓIDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

INFLUENCE FACTORS IN SELF-CARE IN PEOPLE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS COM ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN INTEGRAL DE LA LITERATURA

Ana Almeida Ribeiro¹

Madalena Cunha²

Cátia Assis³

Diana Nunes³

Laura Fernandes³

Marta Mariana³

Raquel Rodrigues³

Telma Balula³

Maria Adriana Henriques⁴

¹ Universidade de Lisboa, Lisboa | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de), Lisboa, Portugal | Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

³ Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal

⁴ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (ui&de) | Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa | Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), Lisboa, Portugal

Ana Almeida Ribeiro - anaalmeidaribeiro@hotmail.com | Madalena Cunha - madalenacunhanunes@gmail.com | Cátia Assis - va97assis@hotmail.com |

Diana Nunes - dianarsn@hotmail.com | Laura Fernandes - laurajessicafernandes@hotmail.com | Marta Mariana - marta.filipa.mariana@hotmail.com |

Raquel Rodrigues - kekerodrigues@hotmail.com | Telma Balula - telma_balula@hotmail.com | Maria Adriana Henriques - ahenriques@esel.pt



Autor Correspondente

Ana Almeida Ribeiro

Centro Hospitalar Tondela Viseu – E.P.E.

Av. Rei D. Duarte

3504-509 Viseu

anaalmeidaribeiro@hotmail.com

RECEBIDO: 18 de maio de 2020

ACEITE: 25 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: O autocuidado e a autogestão fazem parte da vida diária e envolvem atividades intencionais para prevenir ou limitar doenças e retardar a sua progressão. A capacidade de autogestão/autocuidado da pessoa com AR pode ser influenciada por múltiplos fatores, desde crenças sobre a medicação, que podem influenciar a adesão, a fatores externos, como falta de acesso a determinados cuidados de saúde.

Objetivos: Identificar os fatores que influenciam o autocuidado nas pessoas com AR.

Métodos: Revisão integrativa da literatura. nas principais bases de dados. A avaliação crítica, extração e síntese dos dados foram realizadas por dois revisores independentes.

Resultados: Foram incluídos 12 estudos, dos quais emergiram como fatores influenciadores do autocuidado, fatores relacionados com: suporte social, suporte emocional, socioeconômicos e culturais, doença e comorbilidades, serviços e profissionais de saúde, tratamento, conhecimento, intrínsecos à pessoa e barreiras físicas.

Conclusões: o conhecimento das categorias identificadas no presente estudo constitui-se útil na elaboração de programas que tentam reduzir barreiras e aumentar fatores de reforço, com vista à melhoria e desenvolvimento de comportamentos de autocuidado.

Palavras-chave: Artrite Reumatóide; autocuidado; autogestão

ABSTRACT

Introduction: Self-care and self-management are part of daily life and involve intentional activities to prevent or limit diseases and slow their progression (Barley 2016; Jones et al, 2011). The self-management / self-care capacity of people with RA can be influenced by multiple factors, from beliefs about medication, which can influence adherence, to external factors, such as lack of access to certain health care.

Objectives: To identify the factors that influence self-care in people with RA.

Methods: Integrative literature review. in the main databases. The critical evaluation, extraction and synthesis of data were performed by two independent reviewers.

Results: 12 studies were included, of which emerged as factors influencing self-care, factors related to: social support, emotional, socioeconomic and cultural support, illness and comorbidities, health services and professionals, treatment, knowledge, intrinsic to the person and physical barriers.

Conclusions: the knowledge of the categories identified in the present study is useful in the development of programs that try to reduce barriers and increase reinforcement factors, with a view to improving and developing self-care behaviours.

Keywords: rheumatoid arthritis; self-care; self-management

RESUMEN

Introducción: el autocuidado y el autocuidado son parte de la vida diaria e involucran actividades intencionales para prevenir o limitar enfermedades y retrasar su progresión. La capacidad de autogestión / autocuidado de las personas con AR puede verse influenciada por múltiples factores, desde creencias sobre la medicación, que pueden influir en la adherencia, hasta factores externos, como la falta de acceso a cierta atención médica.

Objetivos: identificar los factores que influyen en el autocuidado en personas con AR.

Métodos: revisión integral de la literatura. en las principales bases de datos. La evaluación crítica, la extracción y la síntesis de los datos fueron realizadas por dos revisores independientes.

Resultados: se han incluido 12 estudios, de los cuales surgieron como factores que influyen en el autocuidado, factores relacionados con: apoyo social, apoyo emocional, socioeconómico y cultural, enfermedades y comorbilidades, servicios de salud y profesionales, tratamiento, conocimiento, intrínseco a la persona y barreras físicas.

Conclusiones: el conocimiento de las categorías identificadas en el presente estudio es útil en el desarrollo de programas que intentan reducir las barreras y aumentar los factores de refuerzo, con miras a mejorar y desarrollar comportamientos de autocuidado.

Palabras Clave: artritis reumatoide; autocuidado; autocuidado

INTRODUÇÃO

As Doenças Reumáticas e Musculoesqueléticas (DRMs) constituem-se como um grupo com mais de duas centenas de entidades diferentes, e com vários subtipos, afetando as articulações e/ou músculos, outros tecidos e órgãos (EULAR, 2015).

Apesar da sua grande prevalência (21.2% em Portugal), elas ainda se encontram subdiagnosticadas, pesando em termos individuais, sociais e económicos, devido às consequências sobre a capacidade funcional, qualidade de vida, terapêutica e comorbilidades (Branco et al., 2015).

Uma das doenças reumáticas mais mencionadas é a artrite reumatoide (AR). Crónica, sistémica e progressiva, de etiologia desconhecida, a AR afeta principalmente as articulações, podendo provocar dor, rigidez e deformação (Cunha, Ribeiro, & André, 2016; Larkin, Kennedy, Fraser, & Gallagher, 2017). Mais comum nas mulheres, apresenta uma prevalência de 0,7% na população portuguesa e 0.5% a nível mundial (Branco et al., 2015; Sousa, Santos, Cunha, Ferreira, & Marques, 2017).

Quando comparamos a prevalência da AR a outras DRMs, esta pode parecer pouco significativo, contudo, o impacto que produz nos cuidados fundamentais da pessoa, torna o seu estudo, não só relevante, como de extrema necessidade.

Complexas e multidimensionais, as limitações apontadas pelas pessoas com AR, como a dor, a fadiga, a depressão, entre outras características da doença, afetam significativamente a sua qualidade de vida, constituindo-se o acompanhamento destas pessoas um desafio diário, exigindo que este seja realizado de forma contínua e sistematizada (Sousa et al., 2017), obrigando à integração e desenvolvimento de comportamentos promotores do autocuidado e qualidade de vida (Pedraz-Marcos et al., 2018).

Estas limitações patenteiam efeitos psicológicas e sociais, incluindo interrupções na capacidade de trabalho, papéis sociais, independência, funcionamento familiar, atividades de vida diária, autoconceito, humor e sofrimento psíquico (Rocha, 2015).

O autocuidado e a autogestão fazem parte da vida diária e envolvem atividades intencionais para prevenir ou limitar doenças e retardar a sua progressão (Barley & Lawson, 2016).

Centrada nestas necessidades, a EULAR enfatiza a educação ao utente como parte integral da gestão da AR, focando não só a transmissão do conhecimento e controlo da doença, mas também a habilitação das pessoas na gestão da sua doença de forma ajustada à sua condição, reconhecendo-a como agente ativo neste mesmo processo (Zangi et al., 2015).

A capacidade de autogestão/autocuidado da pessoa com AR pode ser influenciada por múltiplos fatores, desde crenças sobre a medicação, que podem influenciar a adesão, a fatores externos, como falta de acesso a determinados cuidados de saúde. O que justifica a realização desta revisão integrativa.

1. MÉTODOS

1.1 Tipo de Estudo

Foi realizada uma revisão integrativa, em consonância com o processo descrito em Whittemore e Knafl (2005), cujas etapas se cingem à identificação do problema, pesquisa da literatura, avaliação, análise e síntese de dados (Whittemore & Knafl, 2005).

1.2 Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos procurou dar resposta à seguinte questão orientadora da revisão: *Quais os fatores que influenciam o autocuidado (selfcare, selfmanagement) nas pessoas com AR?*

Tendo sido definida com base no método PI(C)O. Os participantes (P) são as pessoas com artrite reumatóide. As variáveis independentes (I) são os fatores que influenciam. Os resultados (O) são o autocuidado.

Em consonância o objetivo geral procurou identificar os fatores que influenciam o autocuidado nas pessoas com artrite reumatoide. A revisão integrativa foi realizada na plataforma eletrónica EBSCOhost (nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval - MEDLINE, System Online Cumulative Index of Nursing and Allied Health - CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina).

Os termos usados na pesquisa (em título, resumo e termos Mesh) foram *rheumat**, *reumat**, *arthrit**, *artrit**, *Arthritis*, *Rheumatoid*, ligados pelo operador booleano OR, constituindo a pesquisa S1. Foram também utilizados os termos (em título, resumo e termos Mesh) *self-management**, *self-care*, ligados pelo operador booleano OR, constituindo a pesquisa S2. Os resultados das pesquisas S1 e S2 foram ligadas pelo operador booleano AND e NOT Systematic Reviews. Foram colocados como limitadores o idioma (língua inglesa, portuguesa, espanhola) e o tempo (artigos entre 2015-2020).

A seleção dos artigos teve por base os critérios de inclusão e de exclusão, descritos na tabela 1.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Estudos que respondam à questão de revisão, sem restrição quanto ao seu desenho;	Revisões sistemáticas da literatura;
Estudos publicados e indexados nas referidas bases de dados nos últimos 5 anos (2015-2020);	Estudos em pessoas com AR, com idade inferior a 18 anos;
Estudos publicados em português, inglês e espanhol;	Estudos em pessoas com outro tipo de DRMs, que não apresentem dados separados da condição de saúde alvo do estudo (AR)
Estudos com pessoas com AR, com idade superior a 18 anos.	Estudos que não apresentem texto completo

1.3 Procedimentos de Análise de Dados

A avaliação crítica, extração e síntese dos dados foi realizada por dois revisores independentes (AR e MC), tendo-se encontrado inicialmente um total de 510 artigos. Numa primeira fase procedeu-se à eliminação de 384 artigos pela leitura do título. Numa segunda fase, foram eliminados 48 artigos pela leitura do resumo. Foram ainda excluídos 36 artigos por se encontrarem repetidos, não apresentarem texto completo, ou idioma diferente dos apresentados nos critérios de inclusão.

Numa fase final foram recuperados 42 artigos originais, tendo sido lidos na totalidade pelos investigadores para delimitação do corpus de análise.

Foi empregue a ferramenta "Mix Methods Appraisal Tool (Hong, Gonzalez-Reyes, & Pluye, 2018) para avaliação dos artigos a incluir.

Por não abordarem comportamentos de autocuidado/autogestão, excluíram-se 30 artigos.

A figura 1 representa o processo redutivo da presente revisão integrativa da literatura.

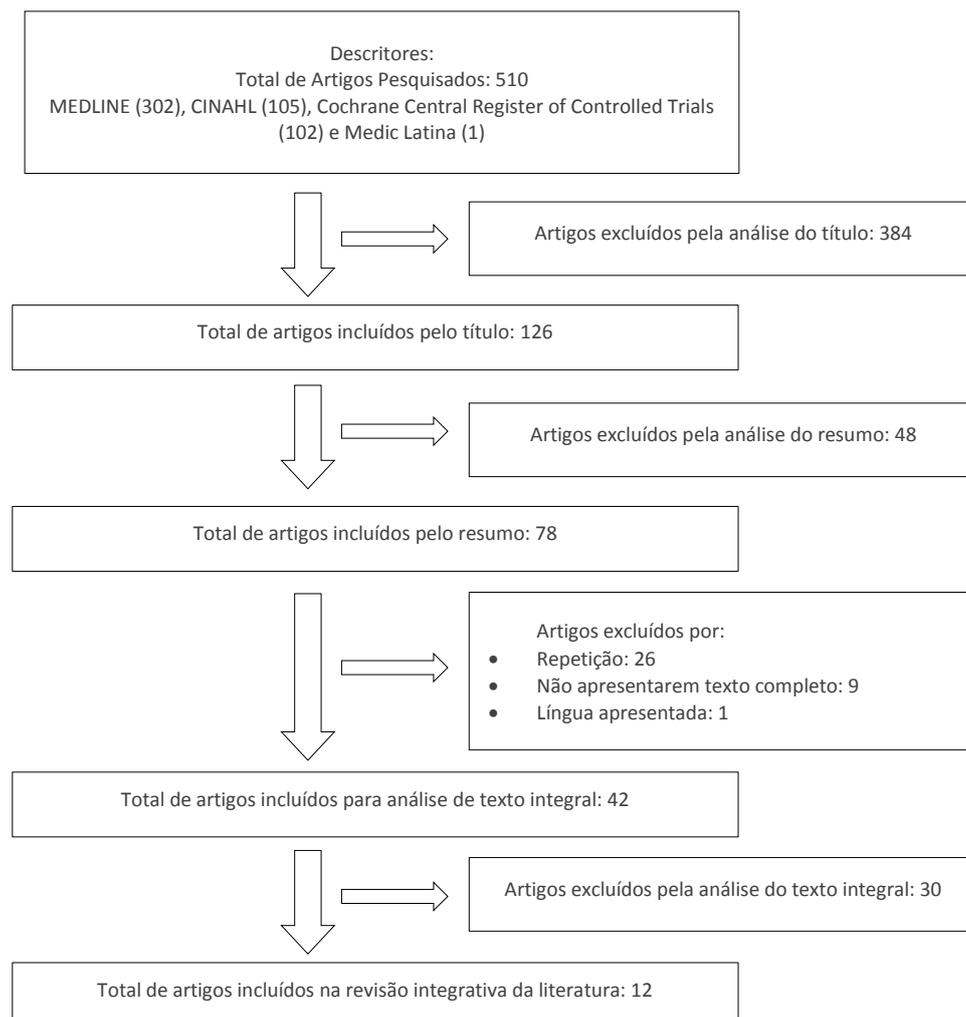


Figura 1 - Processo de seleção de estudos da Revisão Integrativa da Literatura

Um total de 12 artigos responderam à questão de investigação e cumpriram os critérios de inclusão. Na tabela 2 são apresentados os estudos selecionados.

Tabela 2 - Estudos Selecionados

Estudo	Artigo	Tipo de Estudo
E1	Mollard, E., & Michaud, K. (2018). A Mobile App With Optical Imaging for the Self-Management of Hand Rheumatoid Arthritis: Pilot Study. <i>6</i> (10), e12221. doi: 10.2196/12221	Métodos Mistos
E2	Chaleshgar-Kordasiabi, M., Enjebab, B., Akhlaghi, M., & Sabzmakan, I. (2018). Barriers and reinforcing factors to self-management behaviour in rheumatoid arthritis patients: A qualitative study. <i>Musculoskeletal Care</i> , 16(2), 241-250. doi: 10.1002/msc.1221	Qualitativo
E3	Zhao, S., & Chen, H. (2019). Effectiveness of health education by telephone follow-up on self-efficacy among discharged patients with rheumatoid arthritis: A randomised control trial. <i>28</i> (21-22), 3840-3847. doi: 10.1111/jocn.15002	Estudo Clínico Randomizado controlado
E4	Anvar, N., Matlabi, H., Safaiyan, A., Allahverdipour, H., & Kolahi, S. (2018). Effectiveness of self-management program on arthritis symptoms among older women: A randomized controlled trial study. <i>Health Care for Women International</i> , 39(12), 1326-1339. doi: 10.1080/07399332.2018.1438438	Estudo Clínico Randomizado controlado
E5	Vermaak, V., Briffa, N. K., Langlands, B., Inderjeeth, C., & McQuade, J. (2015). Evaluation of a disease specific rheumatoid arthritis self-management education program, a single group repeated measures study. <i>BMC Musculoskeletal Disorders</i> , 16(1), 214. doi: 10.1186/s12891-015-0663-6	Estudo Clínico Randomizado controlado
E6	Sok, S. R., Ryu, J. S., Park, S. H., & Seong, M. H. (2019). Factors Influencing Self-Care Competence in Korean Women With Rheumatoid Arthritis. <i>The journal of nursing research : JNR</i> , 27(2), e16. doi: 10.1097/jnr.0000000000000279	Quantitativo, Descritivo e Transversal
E7	Thomas, R., Hewlett, S., Swales, C., & Cramp, F. (2019). Keeping physically active with rheumatoid arthritis: semi-structured interviews to explore patient perspectives, experiences and strategies. <i>Physiotherapy</i> , 105(3), 378-384. doi: 10.1016/j.physio.2018.09.001	Qualitativo
E8	Bearne, L. M., Manning, V. L., Choy, E., Scott, D. L., & Hurley, M. V. (2016). Participant's experiences of an Education, self-management and upper extremity eXercise Training for people with Rheumatoid Arthritis programme (EXTRA). <i>PHYSIOTHERAPY</i> . doi: https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.12.002	Qualitativo
E9	Meyfroidt, S., Van der Elst, K., De Cock, D., Joly, J., Westhovens, R., Hulscher, M., & Verschueren, P. (2015). Patient experiences with intensive combination-treatment strategies with glucocorticoids for early rheumatoid arthritis. <i>Patient Educ Couns</i> , 98(3), 384-390. doi: 10.1016/j.pec.2014.11.011	Qualitativo, Longitudinal e Fenomenológico
E10	Oshotse, C., Zullig, L. L., Bosworth, H. B., Tu, P., & Lin, C. (2018). Self-Efficacy and Adherence Behaviors in Rheumatoid Arthritis Patients. <i>Prev Chronic Dis</i> , 15, E127. doi: 10.5888/pcd15.180218	Qualitativo
E11	Azevedo, R., Bernardes, M., Fonseca, J., & Lima, A. (2015). Smartphone application for rheumatoid arthritis self-management: cross-sectional study revealed the usefulness, willingness to use and patients' needs. <i>35</i> (10), 1675-1685. doi: 10.1007/s00296-015-3270-9	Quantitativo, descritivo, de corte transversal
E12	Ostlund, G., Bjork, M., Thyberg, I., Valtersson, E., & Sverker, A. (2018). Women's situation-specific strategies in managing participation restrictions due to early rheumatoid arthritis: A gender comparison. <i>Musculoskeletal Care</i> , 16(2), 251-259. doi: 10.1002/msc.1225	Qualitativo

2. RESULTADOS

Dos 12 estudos incluídos, a maioria são qualitativos (6), resultantes de realização de entrevistas individuais e/ou *focus* grupos, 3 são estudos clínicos randomizados controlados, 2 são estudos quantitativos descritivos e 1 apresenta a metodologia de métodos mistos.

Importa referir que x dos estudos incluídos (E1, E3, E4, E5, E8) têm por génese a participação em programas de autogestão, nos quais a educação para o doente é uma constante.

Explanamos, de seguida, os resultados referentes aos comportamentos de autocuidado/autogestão, obtidos em cada estudo, inseridos na tabela 3, construída por forma a sintetizar a informação e facilitar a consulta da mesma.

Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados
E1	(1) Recolher dados preliminares sobre se um aplicativo móvel com recursos de imagem ótica manual melhora os comportamentos de autogestão (2) determinar se o uso do aplicativo melhora os resultados em saúde (Dor e Atividade Funcional) (3) Determinar as barreiras ao uso do aplicativo móvel nos adultos com AR.	Parte Quantitativa n= 51 (n=21 grupo de intervenção; n=15 grupo de controlo) Parte Qualitativa n=12	Resultados Quantitativos Grupo de Intervenção: <ul style="list-style-type: none">• Maior percepção da autoeficácia individual para a gestão dos sintomas – avaliado pela escala P-SEMS (2.8 VS -1.66; p=.04);• Maior conhecimento auto reportado, habilidades e confiança para gerir a doença crônica – avaliado pela escala PAM (6.37 VS 2.30; p=0.48). Resultados Qualitativos Participantes que saíram do grupo de intervenção pontuaram com: <ul style="list-style-type: none">• Mais baixo PAM (64.4 VS 68.8);• Mais baixo P-SEMS (46.4 VS 47.1); <u>Fatores que levaram os participantes a sair do grupo de intervenção:</u> Frustração com a tecnologia; Dificuldade em usar a aplicação por condicionantes físicos da doença; Satisfação com o atual sistema de autocuidado; Dificuldade de integração da aplicação no dia-a-dia.
E2	Explorar a perspectiva dos doentes com AR sobre as barreiras e fatores de reforço na prática de comportamentos de autocuidado	n=30	<u>Barreiras relacionadas com:</u> Falta de conhecimento; Inconsciência sobre comportamentos de autocuidado; Pobre relação profissional de saúde/doente; Falta de motivação; Atitude negativa e falta de vontade; Efeitos secundários da doença e da medicação; Dor articular; Tempo; Situação económica; Condições da habitação e equipamentos; Suporte social; <i>Transporte.</i> <u>Fatores de Reforço positivo</u> Suporte social; Suporte económico; suporte emocional; Consequências de adoção de comportamentos de autocuidado; Comparação com os outros numa pior condição.
E3	Avaliar a efetividade de um programa de educação para a saúde, através de seguimento por telefone, na autoeficácia das pessoas com artrite reumatóide	n= 92 (46 grupo de intervenção + 46 grupo de intervenção) ... Após 12 s (43 + 39) ... Após 24s (41 + 36)	<ul style="list-style-type: none">• Autoeficácia na 12ª e 24ª semanas e após a alta, no grupo de intervenção foi mais elevado aqui no grupo de controle (p < .001);• Quando considerado o efeito cumulativo do tempo, verificou-se o mesmo resultado.
E4	avaliar a efetividade de um programa de autogestão	(Baseline) n= 80 (40 no grupo de intervenção + 40 no grupo de controlo) Após a Baseline n= 76 (39 + 37)	Baseline: sem diferenças estatísticas significativas relativas à <u>autoeficácia para a capacidade funcional</u> . Grupo de intervenção (62.86 ± 4.02); Grupo de controlo (63.15 ± 3.39). Após Intervenção: Grupo de intervenção – aumentou autoeficácia para a capacidade funcional (85.29 ± 3.26), com diferenças estatisticamente significativas (p=.000). Baseline: diferenças estatisticamente significativas (p=.000) <u>em relação à autoeficácia para a dor</u> . Grupo de intervenção (37.41 ± 3.97); Grupo de controlo (42.91 ± 3.08). Após Intervenção: Grupo de intervenção – aumentou autoeficácia para a dor (66.31 ± 2.98), com diferenças estatisticamente significativas (p=.000). Autoeficácia aumentou com a intervenção, não sendo estatisticamente significativo.
E5	Determinar se a artrite reumatóide alcançaria melhorias imediatas nos resultados relacionados com a saúde após o envolvimento no programa e se essas melhorias seriam mantidas 12 meses após a conclusão do mesmo.	n=113	

Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados
E6	Examinar e identificar os fatores que influenciam a competência de autocuidado	n=132	Média de competência de autocuidado elevada (\bar{X} 121.91 \pm 21.51); Correlação positiva entre as atividades de vida diária ($r=0.246$; $p=.042$) e autoestima ($r=0.446$; $p<.001$) com a competência de autocuidado; Correlação negativa entre a dor ($r=-0.357$; $p<.001$) e incerteza ($r=-0.548$; $p<.0001$) com a competência de autocuidado; Os fatores com mais impacto no autocuidado são a incerteza ($\beta = -0.43$) e a autoestima ($\beta = 0.26$).
E7	Explorar perspectivas, experiências e estratégias empregadas por pessoas com artrite reumatoide, que se envolvem com sucesso em atividades físicas regulares.	n=15	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do papel da atividade física na gestão da AR, bem como dos seus benefícios; • Necessidade de planeamento e rotinas na gestão da doença; • Adoção de uma abordagem global de estilo de vida para a gestão da AR. <p><u>Fatores facilitadores para a prática de exercício físico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atividade física frequente, prévia ao diagnóstico; • Boa rede de apoio; • Presença de sintomas, usada como motivação para se manter ativo; • Resiliência. <p><u>Barreiras para a prática de exercício físico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de acompanhar o grupo na atividade física; • Falta de compreensão da população em relação à artrite reumatóide.
E8	Explorar a experiência dos participantes do programa EXTRA (Education, self management and upper extremity exercise training for people with rheumatoid arthritis) para informar o seu desenvolvimento e implementação na prática	n=12	<ul style="list-style-type: none"> • A participação no programa: <ul style="list-style-type: none"> ○ melhorou a habilidade de autogestão da AR ○ permitiu aos participantes adquirir novas habilidades, compreensão e confiança, que levaram a um sentido de capacitação; ○ permitiu perceber como integrar o exercício na gestão da sua artrite; ○ permitiu interação com outros, desafiando as perceções das pessoas com AR, sobre os exercícios, ajudando-os a aliviar o seu medo; • A flexibilidade do programa, nomeadamente com a possibilidade de execução de exercício em casa, ajudou as pessoas a integrar o mesmo na sua prática diária; • O Suporte de informação físico (manual do paciente e diário dos exercícios) foi considerado para adesão aos exercícios; • O estabelecimento de objetivos personalizados ajudou os participantes a adaptar o programa às suas necessidades; • Os participantes privilegiam uma relação constante e continuada com o fisioterapeuta, recomendando a minimização de alterações da equipa de saúde e realização de sessões de reforço e métodos alternativos de comunicação, por exemplo intervenções de saúde digital; • Apesar das sessões do programa terem sido realizadas num local acessível, a maioria dos participantes reconheceu que uma diversidade de locais devia ser oferecida para atender às diferentes necessidades das pessoas; • Alguns participantes afirmaram que não era confortável e era embaraçoso participar em atividades com o público em geral; • Referente à altura da ocorrência das sessões, os participantes que trabalhavam consideravam a alteração da hora (para o início ou final do dia), enquanto para os que não trabalhavam a hora era adequada; • Aqueles que apresentavam mais autoeficácia requeriam menos suporte e menos sessões supervisionadas.
E9	Investigar a experiência dos doentes sob combinação de estratégias de tratamento intensivo com glucocorticoides	n=26 (entrevistas individuais)	<p><u>Toma da medicação, enquanto comportamento de autocuidado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusão de alguns participantes devido ao número de medicação que teriam de tomar, no entanto não se configurou como uma dificuldade para a maioria; • Suporte escrito considerado útil na gestão da medicação no início do tratamento; • Uso de outras ferramentas importantes, que não se encontravam no programa, como a caixa de medicamentos, calendário, alarme e medicação de reserva; • Vários participantes referiram ter assistência de uma terceira parte, como, por exemplo, o parceiro; • Estabelecimento de rotina, após algumas semanas do início tratamento; • Com o programa, os participantes referiram ter desenvolvido novas habilidades de coping e autocuidado;

Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados
			<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade em cumprir horários de ingestão da medicação, por parte de alguns participantes, nos dias em que tiveram de tomar vários comprimidos ou nos dias em que a sua rotina normal foi interrompida;• A sensação de estar novamente saudável foi apontada pelos participantes como uma possível razão para negligenciar a medicação.
E10	explorar adesão terapêutica e comportamentos de autoeficácia entre doentes com artrite reumatoide	N= 19 (13 focus grupo; 6 entrevistas individuais)	<ul style="list-style-type: none">• A autoeficácia surge como um resultado influenciado pelas crenças dos participantes na necessidade da medicação e no relacionamento paciente clínico;• A maioria dos participantes referiu autoeficácia na gestão medicamentosa;• Um dos temas que emergiu foi o da importância do desenvolvimento de rotinas que permitiam integrar a toma da medicação na sua vida diária;• Alguns participantes reportaram agendar alarmes através de dispositivos ou ter o suporte da família para os lembrar da toma da medicação;• Alguns participantes expressaram a importância de uma boa relação com os profissionais de saúde, que os apoiaram e que explicaram minuciosamente a sua medicação, fazendo-os sentir-se mais capazes de tomar adequadamente e mais confortáveis para seguir as suas direções e conselhos;• Participantes que expressaram uma autoeficácia mais baixa estavam inseguros na sua necessidade de medicação, revelando paragem abrupta da mesma. Não tinham conhecimento dos efeitos secundários e não estavam motivados para continuar a toma de medicação;• Cerca de metade dos participantes reportou ajuste intermitente nas suas medicações, expressando elevada autoeficácia para a realização dos mesmos;• Alguns participantes disseram que sua crença na capacidade de gerir a AR aumentou à medida que entendiam melhor a causa dos seus sintomas e a finalidade dos seus medicamentos;• Eles descreveram ter incertezas na sua capacidade de gerir a AR quando inicialmente discordaram do seu diagnóstico, levando ao atraso no início da toma da terapêutica ou paragem abrupta da mesma;• Os participantes referiram que a natureza dolorosa e debilitante da AR os levou a aderir ao regime de medicação;• A maioria dos outros participantes que relatou quase nenhuma alteração na sua autoeficácia ao longo do curso da doença, atribuiu esse facto a sistemas de apoio à saúde, menor impacto da AR, regimes de medicamentos sem complicações e disciplina na adesão a medicamentos;• Os participantes referiram que descontinuar, atrasar ou ser negligente, estava tipicamente ligado ao medo de efeitos colaterais, um mau relacionamento entre os profissionais de saúde e o doente e à baixa gravidade da AR.
E11	avaliar a utilidade de uma aplicação por telemóvel para apoiar a autogestão da artrite reumatóide, a vontade dos pacientes com artrite reumatóide a usarem e pagarem por isso e as características que a aplicação deve ter	N= 100	94% dos doentes acreditou que conseguiam ter um papel mais ativo na sua autogestão. Metade dos quais comentou que imediatamente após o diagnóstico não modificaram alguns aspetos na sua vida diária como a perda de peso, exercício físico... Isto estava relacionado, de acordo com a sua opinião, com a baixa importância que davam ao autocuidado naquela altura, bem como ao baixo conhecimento sobre as alterações que poderiam realizar na sua vida diária para melhoria da AR.
E12	(1) Explorar como as mulheres descrevem o uso de estratégias específicas da gestão da artrite reumatóide (AR). (2) Comparar as estratégias das mulheres com as dos homens	N= 34 (mulheres)	<u>Estratégia de ajustamento:</u> <ul style="list-style-type: none">• Adaptação do trabalho (ex: diminuição do ritmo de trabalho, mudança de horários através da redução do número de horas que trabalhavam, trocar os turnos noturnos pelos turnos diurnos) e vida diária às condicionantes da doença (por exemplo, separar a roupa suja dividindo em grupos com pesos mais fáceis de manusear), recreação e lazer (ex: escolher alternadamente atividades para exercício e/ou alterar o percurso das caminhadas, para evitar terrenos sinuosos);• Tomar a decisão de baixar as suas ambições para atividades como socializar e reduzir a quantidade de assistência dada a outros. <u>Estratégia de evitamento</u> <ul style="list-style-type: none">• Evicção de: tarefas físicas mais difíceis no trabalho, trabalhar sozinhas, e falar dos problemas de saúde no trabalho;• Várias delas evitavam sociabilizar ou manter atividades com colegas fora do trabalho, pois diziam que já era difícil o suficiente lidar com o trabalho do emprego para incluírem outras tarefas;

Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados
			<ul style="list-style-type: none">Alguns intervenientes evitavam apertos de mão, uma vez que era muito doloroso. Outros falavam sobre evitar a medicação por causa dos seus efeitos secundários;Algumas mulheres falavam sobre evitar a lida de casa, como descascar batatas quando estavam a preparar as refeições ou aspirar;Evitar algumas atividades de lazer que gostavam;Evitar certo calçado. <p><u>Estratégia de Interação</u> As mulheres comunicavam necessidades e desejos e estabelecem limites quando experienciam demasiadas solicitações, no trabalho e na vida familiar; Passaram a dizer mais vezes “não” quando solicitadas a tomar conta de familiares, crianças ou netos; Comunicar e interagir com os demais pode ser usado para diminuir a influência da dor na vida diária.</p> <p><u>Estratégias de Aceitação</u> Aprender a viver com as restrições da AR inclui aceitar a necessidade de planear antes de realizar qualquer tarefa; Aceitar um aumento do tempo e dificuldade na realização de tarefas como vestir-se.</p>

A partir da análise dos resultados optou-se por agrupar os fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado em diferentes categorias: suporte social, suporte emocional, socioeconómicos e culturais, relacionados com a doença e comorbilidades, relacionados com os serviços e profissionais de saúde, relacionados com o tratamento, intrínsecos à pessoa, relacionados com o conhecimento e ainda barreiras físicas.

• Fatores de suporte social

Os estudos E2, E7, E9 E10 e E12, apontam a falta de suporte social por parte da família, pares e sociedade, como fatores não facilitadores dos comportamentos de autocuidado.

• Fatores de suporte emocional

No que respeita ao suporte emocional, temos como barreiras a falta de compreensão da família e pares (E2, E8, E12), bem como a atitude negativa da sociedade face às pessoas com AR (E2, E7, E8).

A comunicação e interação social (E12), podem ser vistos como fatores facilitadores do autocuidado.

• Fatores socioeconómicos e culturais

O estudo E2, dá-nos a conhecer as preocupações financeiras (relativas às deslocações aos serviços de saúde e ao uso dos mesmo, bem como custos de medicação e tratamentos), o excesso de trabalho (muitas vezes relacionado com as anteriores, que levam à necessidade da obtenção de mais de um emprego) e a falta de apoio financeiro, como inibidores de comportamentos de autocuidado.

• Fatores relacionados com a doença e comorbilidades

As consequências da atividade da doença, nomeadamente no que respeita à presença de dor (E2, E6, E7 e E10), deformação das mãos (E1) e a diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diárias (E7), constituem-se como barreiras para os comportamentos de autocuidado.

No entanto, alguns participantes (E7), referiram que a presença de sintomas poderia ser facilitadora para a prática de alguns comportamentos de autocuidado, como é o caso do exercício físico.

• Fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde

Foram 3 os estudos que se referiram à importância da relação profissionais de saúde/doente (E2, E8 e E10), enunciando que uma relação deficitária com os profissionais de saúde, a falta de tempo/disponibilidade demonstrada pelos mesmo, bem como os consultórios cheios eram fatores que poderiam dificultar a adoção de comportamentos de autocuidado. Enquanto que uma boa relação entre ambos, de confiança e suporte era facilitadora dos mesmos.

- **Fatores relacionados com o tratamento**

Nos fatores relacionados com o tratamento poderemos encontrar os efeitos secundários da medicação (E2), a complexidade do regime terapêutico (E9), constituem-se como oposições à adoção de comportamentos de autocuidado, podendo, no entanto, ser melhoradas através do recurso a informação física, como esquemas terapêuticos (E9).

A flexibilidade existente em alguns tratamentos e horários, é um fator facilitador para o autocuidado (E8).

- **Fatores intrínsecos à pessoa**

Intrínsecos à pessoa, apresentam-se como facilitadores do autocuidado, as estratégias de aceitação e ajustamento (E12), a autoestima (E6), a autoeficácia (E10) e a resiliência (E7), ao passo que se apresentam como barreiras a falta de motivação (E1, E2), a dificuldade de adaptação (E1), a atitude negativa e a falta de vontade (E2), a perceção da falta de tempo (E2), a incerteza (E6), a insegurança (E10), a vergonha relacionada com as limitações (E8) e a sensação de salubridade pela ausência de sintomas (E9).

- **Barreiras Físicas**

As barreiras físicas apontadas pelos participantes do estudo prendem-se com as condições da casa (falta de mobília e/ou equipamentos adequados, casas com muitas escadas, casas pequenas, que não permitem a adaptabilidade aos condicionantes provocados pela doença – mobilidade) (E2), lotação dos transportes e não adequação dos mesmos (E2) e alguns locais que dificultam, nomeadamente, a prática de exercício físico (E8).

- **Fatores relacionados com o conhecimento**

A falta de conhecimento/informação sobre os comportamentos de autocuidado e/ou sobre a doença constituem-se como barreiras ao autocuidado (E2, E3, E4, E5, E7, E8, E9, E10 e E11).

Dos estudos incluídos, aqueles cuja génese era a participação em programas de autogestão (E1, E3, E4, E5, E8, E9), da qual a educação para a saúde era uma constante, podemos inferir que o aumento do conhecimento auxilia a adoção de comportamentos de autogestão.

As habilitações literárias foram apontadas, pelos participantes, como fator facilitador do autocuidado.

3. DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa tinha como objetivo identificar os fatores que influenciam o autocuidado nas pessoas com AR.

A pesquisa realizada denota lacunas de conhecimento científico, referente à mesma, ficando evidente a necessidade de realizar estudos que permitam evidenciar, de forma clara, quais as barreiras ao autocuidado.

Optámos por categorizar os resultados obtidos em: fatores de suporte social, fatores de suporte emocional, fatores socioeconómicos e culturais, fatores relacionados com a doença e comorbilidades, fatores relacionados com os serviços e profissionais de saúde, fatores relacionados com o tratamento, fatores intrínsecos à pessoa, fatores relacionados com o conhecimento e ainda barreiras físicas.

Destes destacamos os fatores relacionados com o conhecimento, identificado em 9 dos 12 estudos, congruente com as recomendações da EULAR para a gestão da AR, em que enfatiza a importância do papel da educação para a saúde (Smolen et al., 2020; Zangi et al., 2015).

A segunda categoria mais representativa, presente em 8 estudos, prende-se com os fatores intrínsecos à pessoa, seguida dos fatores de suporte social e dos fatores relacionados com a doença e comorbilidades, ambas patentes em 5 dos 12 estudos, podendo, qualquer um destes fatores, ser potenciado pelos cuidados de enfermagem, uma vez que o mesmo envolve o cuidar como: traço humano; imperativo moral; afeto, interação interpessoal e intervenção terapêutica (McCormack & McCance, 2010), integrando, igualmente, as restantes categorias identificadas.

Assim o cuidado de enfermagem pode ser visto como essencial e, ele próprio, facilitador do autocuidado, ao respeitar a autonomia e autodeterminação das pessoas com AR, as suas avaliações e visão do mundo, num processo interpessoal enfermeiro/utente, que abrange tanto os sentimentos quanto os comportamentos que ocorrem dentro desse relacionamento, devendo responder às necessidades do utente (McCormack & McCance, 2010).

CONCLUSÕES

Os desafios que as pessoas com AR enfrentam no dia-a-dia, obrigam à integração e desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, que promovam a qualidade de vida e o bem-estar, bem como de autovigilância e proteção, constituindo-se o conhecimento das categorias identificados no presente estudo útil na elaboração de programas que tentam reduzir barreiras e aumentar fatores de reforço, com este desiderato.

É da responsabilidade do enfermeiro, através dos seus cuidados de enfermagem compreender a pessoa e a forma como esta utiliza os seus recursos e fatores intrínsecos, orientando-os para os comportamentos de autocuidado, por forma a desenvolver intervenções de enfermagem que vão de encontro às necessidades identificadas, enfatizando o papel da pessoa.

A prática de enfermagem centrada na pessoa visa planear e prestar cuidados, considerando o seu contexto, incluindo o contexto social, redes comunitárias, normas culturais e suportes materiais.

AGRADECIMENTOS

Os autores estendem os seus agradecimentos ao centro de estudos em educação, tecnologias e saúde (CI&DETS), da Escola Superior de Saúde de Viseu e à Nursing Research & Development Unit (UI&DE), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pelo apoio e disponibilidade demonstrada. Esta revisão será objeto de suporte ao Doutoramento em Enfermagem, da primeira autora, AAR.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barley, E., & Lawson, V. (2016). Health psychology: supporting the self-management of long-term conditions. *Br J Nurs*, 25(20), 1102-1107. DOI: 10.12968/bjon.2016.25.20.1102
- Branco, J., Faustino, A., Carvalho, B., Araújo, F., Canhão, H., Brito, I., & Costa, M. M. (2015). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Reumatologia.
- Cunha, M., Ribeiro, A., & André, S. (2016). Anxiety, Depression and Stress in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 217, 337-343. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.098>
- EULAR. (2015). *Textbook on Rheumatic Diseases* (2nd edition ed.). Switzerland.
- Hong, Q. N., Gonzalez-Reyes, A., & Pluye, P. (2018). Improving the usefulness of a tool for appraising the quality of qualitative, quantitative and mixed methods studies, the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). *J Eval Clin Pract*, 24(3), 459-467. DOI: 10.1111/jep.12884
- Larkin, L., Kennedy, N., Fraser, A., & Gallagher, S. (2017). 'It might hurt, but still it's good': People with rheumatoid arthritis beliefs and expectations about physical activity interventions. *J Health Psychol*, 22(13), 1678-1690. DOI: 10.1177/1359105316633286
- Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A. M., Hale, C. A., Zarco-Colón, J., Ramasco-Gutiérrez, M., García-Perea, E., & Sapena-Forteza, N. (2018). Living With Rheumatoid Arthritis in Spain: A Qualitative Study of Patient Experience and the Role of Health Professionals. *Clinical nursing research*, 1054773818791096. DOI: 10.1177/1054773818791096
- Rocha, A. I. A. R. F. (2015). *Ansiedade, depressão e stress em pessoas com artrite reumatóide*. (Mestrado em Enfermagem Comunitária). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/2835>
- Smolen, J. S., Landewé, R. B. M., Bijlsma, J. W. J., Burmester, G. R., Dougados, M., Kerschbaumer, A., & van der Heijde, D. (2020). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*, annrheumdis-2019-216655. DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-216655
- Sousa, F., Santos, E., Cunha, M., Ferreira, R., & Marques, A. (2017). Effectiveness of nursing consultations in people with rheumatoid arthritis: systematic review. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*, 147-156. DOI: 10.12707/RIV17013
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x
- Zangi, H. A., Ndosí, M., Adams, J., Andersen, L., Bode, C., Boström, C., & Gossec, L. (2015). EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *74*(6), 954-962. DOI: 10.1136/annrheumdis-2014-206807

Millenium, 2(ed espec. nº5), 305-316.

pt

OS CUIDADOS EM PARCERIA COM A PESSOA IDOSA/FAMILIAR CUIDADOR PARA PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO APÓS GASTRECTOMIA

CARE IN PARTNERSHIP WITH THE ELDERLY / FAMILY CAREER FOR PREVENTING MALNUTRITION AFTER GASTRECTOMY

ATENCIÓN EN ASOCIACIÓN CON LA CARRERA DE PERSONAS MAYORES PARA LA PREVENCIÓN DE LA MALNUTRICIÓN DESPUÉS DE LA GASTRECTOMÍA

Lúcia Jerónimo¹
Idalina Gomes²

¹ Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

Lúcia Jerónimo - lucyml85@gmail.com | Idalina Gomes - idgomes@esel.pt



Autor Correspondente

Lúcia Jerónimo

Rua de Timor, nº 4, 2º esq
1685-488 Caneças - Portugal
lucyml85@gmail.com

RECEBIDO: 02 de fevereiro de 2020

ACEITE: 22 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: No processo de cuidados de enfermagem à pessoa idosa submetida a gastrectomia, a intervenção em parceria, tendo por base um plano personalizado é crucial para evitar complicações, nomeadamente na prevenção da desnutrição da pessoa idosa e a preparação do seu regresso a casa para prevenir reinternamentos.

Objetivos: Prevenir a desnutrição no idoso submetido a gastrectomia e preparar o seu regresso a casa.

Métodos: Projeto de intervenção através da metodologia de projecto, realizado num Hospital Central em Lisboa. Envolveu 8 idosos submetidos a gastrectomia, cuidadores familiares e 39 enfermeiros. Os dados foram colhidos por análise documental, observação de práticas e entrevistas, e foram analisados por estatística descritiva e análise de conteúdo.

Resultados: Foram introduzidas novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes: registo pormenorizado e individualizado das informações colhidas em avaliação inicial, avaliação do estado de desnutrição, pesagem inicial e final e articulação com outros profissionais da equipa multiprofissional.

A avaliação nutricional (com escala MNA) dos idosos revelou que cinco apresentavam risco de desnutrição e um encontrava-se já em estado de desnutrição. A avaliação de peso ponderal passou a realizar-se no 1º dia de internamento e no fim do internamento, revelando uma variação negativa de 1,81Kg.

Conclusões: A intervenção em parceria permitiu um cuidado centrado no idoso. Houve uma reestruturação dos cuidados que permitiu ao enfermeiro conhecer melhor o idoso e detetar casos de desnutrição e preparar o processo de transição para casa.

Palavras-chave: idoso/cuidador familiar; intervenções de enfermagem; parceria; desnutrição; regresso a casa

ABSTRACT

Introduction: In the process of nursing care for the elderly undergoing gastrectomy, the intervention in partnership, based on a personalized plan is crucial to avoid complications, namely in preventing malnutrition in the elderly and the preparation of their return home to prevent readmissions.

Objectives: Prevent malnutrition in the elderly undergoing gastrectomy and prepare for their return home.

Methods: Intervention project using the project methodology, carried out in a Central Hospital in Lisbon. It involved 8 elderly people who underwent gastrectomy, family caregivers and 39 nurses. Data were collected through document analysis, observation of practices and interviews, and were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: New practices were introduced in the nursing team, ensured to all clients: detailed and individualized record of the information collected in the initial assessment, assessment of the malnutrition status, initial and final weighing and articulation with other professionals of the multiprofessional team.

The nutritional assessment (with MNA scale) of the elderly revealed that five were at risk of malnutrition and one was already in a state of malnutrition. The weight assessment started to be carried out on the 1st day of hospitalization and at the end of hospitalization, revealing a negative variation of 1.81 kg.

Conclusions: The partnership intervention allowed care centered on the elderly. There was a restructuring of care that allowed nurses to get to know the elderly better and to detect cases of malnutrition and prepare the transition process for home.

Keywords: elderly/family caregiver; nursing interventions; partnership; malnutrition; return home

RESUMEN

Introducción: En el proceso de cuidados de enfermería para los ancianos sometidos a gastrectomía, la intervención en asociación, basada en un plan personalizado es crucial para evitar complicaciones, a saber, en la prevención de la desnutrición de los ancianos y la preparación de su regreso a casa para prevenir rehospitalizaciones.

Objetivos: Prevenir la desnutrición en los ancianos que se someten a gastrectomía y prepararse para su regreso a casa.

Métodos: Proyecto de intervención a través de la metodología del proyecto, llevado a cabo en un Hospital Central de Lisboa. En él participaron 8 personas mayores sometidas a gastrectomía, cuidadores familiares y 39 enfermeras. Los datos fueron recogidos por análisis documental, observación de prácticas y entrevistas y fueron analizados mediante estadísticas descriptivas y análisis de contenido.

Resultados: Se introdujeron nuevas prácticas en el equipo de enfermería, aseguradas a todos los clientes: registro detallado e individualizado de la información recopilada en la evaluación inicial, evaluación del estado de desnutrición, pesaje inicial y final y articulación con otros profesionales del equipo multiprofesional.

La evaluación nutricional (con escala MNA) de los ancianos reveló que cinco estaban en riesgo de desnutrición y uno ya estaba en estado de desnutrición. La evaluación del peso comenzó a realizarse el primer día de hospitalización y al final de la hospitalización, revelando una variación negativa de 1.81 kg.

Conclusiones: La intervención de la asociación permitió una atención centrada en los ancianos. Hubo una reestructuración de la atención que permitió a las enfermeras conocer mejor a los ancianos y detectar casos de desnutrición y preparar el proceso de transición para el hogar.

Palabras Clave: ancianos/cuidadores familiares; intervenciones de enfermería; asociación; desnutrición; volver a casa

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um triunfo das sociedades atuais (Singh, 2012) e é também uma realidade em Portugal, onde se caminha para um aumento da representatividade dos idosos na população. É um fenómeno social e actual que caracteriza os países industrializados e, em particular, a Europa. A melhoria das condições de vida em grande parte dos países desenvolvidos contribuiu para o aumento da esperança média de vida ao nascer (Galiot, Torrado & Cambrodon, 2015), pelo que se antevê uma sociedade futura cada vez mais envelhecida (Paúl & Ribeiro, 2012). O envelhecimento populacional é uma realidade de amplitude mundial que tem ocorrido nas últimas décadas. É uma tendência crescente que se verifica mais nos países desenvolvidos, mas que também se começa a verificar nos países menos desenvolvidos (National Institute of Aging, 2015).

Em Portugal, segundo dados estatísticos, em 2013 o índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2014). O acréscimo mais acentuado da população idosa resulta do aumento da esperança média de vida (Instituto Nacional de Estatística, 2011). O acréscimo da população idosa, sendo uma conquista do mundo atual trouxe também um aumento das doenças crónicas com acréscimo de vulnerabilidade das pessoas idosas. Os especialistas na área dos idosos, reconhecem que estes constituem um dos grupos populacionais mais vulneráveis no desenvolvimento de problemas nutricionais (Galiot, Torrado & Cambrodon, 2015). O estado nutricional pode estar comprometido devido ao próprio processo de envelhecimento que acarretam alterações de ordem fisiológica, psicológica, sociológica ou económica que podem afetar a ingestão, digestão e assimilação de alimentos, e consequentemente o aporte nutricional adequado às necessidades dos clientes idosos (Ahmed & Haboubi, 2010).

Assim a desnutrição, apesar dos avanços significativos da medicina continua a ser um problema de saúde pública com uma alta prevalência nos idosos dos países desenvolvidos. Uma identificação precoce e adequada dos problemas nutricionais pode ajudar a reverter a desnutrição e a impedir as consequências associadas ao estado nutricional deficiente (Guyonnet & Rolland, 2015).

O estado nutricional é, por isso, um fator que está agora bem estabelecido como um importante indicador de prognóstico em pessoas idosas. A perda de peso em pessoas com mais de 60 anos de idade aumenta o risco de morte e a literatura descreve seis principais causas para este problema: a sarcopenia, a anorexia, a má absorção, o hipermetabolismo, a caquexia e a desidratação (Morley, 2011).

Nos países da União Europeia cerca de 20 milhões de idosos são afetados pela doença relacionada com a desnutrição, custando aos governos da UE até 120 mil milhões de euros anualmente (Freijer et al., 2013). Este é um importante problema de saúde pública, pelo que se torna necessário realizar uma avaliação do estado nutricional nos idosos e desenvolver intervenções na área da prevenção de problemas associados à desnutrição nesta fase da vida de forma rotineira.

A desnutrição no idoso é um fenómeno multifatorial que deve ser avaliado pormenorizadamente, com o intuito de prevenir a alteração do EN e a evolução de determinadas patologias, que em última análise se irão refletir ao nível da longevidade e qualidade de vida do cliente idoso. Assim, é fundamental efetuar uma abordagem individualizada, onde se identifique a causa da alteração do estado nutricional, desenvolvendo-se estratégias para colmatar as necessidades nutricionais do idoso. O carcinoma gástrico é o quinto mais frequente em Portugal, apresentando uma incidência de 6,1% e um índice de mortalidade de 9,5% (Globocan, 2012).

Importa também referir que a incidência da desnutrição em idosos hospitalizados é alta (Dent, Chapman, Piantadosi & Visvanathan, 2014), sendo por isso necessária a triagem nutricional, como método recomendado para a detecção de indivíduos com desnutrição proteico-energética ou em risco de desnutrição, seguida de intervenções apropriadas (Tsai, Ho & Chang, 2008). Em contexto de internamento de cirurgia, algumas vezes estas situações de desnutrição, estão relacionadas com a necessidade de gastrectomia como tratamento de situações de carcinomas gástricos. O carcinoma gástrico é o quinto mais frequente em Portugal, apresentando uma incidência de 6,1% e um índice de mortalidade de 9,5% (Globocan, 2012). Assim nos doentes internados para gastrectomia é mandatária e uma avaliação do seu estado nutricional.

Têm vindo a ser desenvolvidos vários instrumentos e métodos de triagem nutricional que estão hoje na vanguarda da identificação de pacientes com desnutrição. Idealmente, os pacientes identificados são encaminhados para uma avaliação nutricional completa, que inclui a confirmação do diagnóstico e identificação dos défices nutricionais específicos (Dent, Chapman, Piantadosi & Visvanathan, 2014). Ao longo dos últimos 20 anos houve avanços importantes na capacidade de diagnosticar a desnutrição e proceder ao seu rastreio, explorando o uso de vários instrumentos desenvolvidos para esse efeito, como é exemplo o Mini Nutritional Assessment (MNA[®]) (Morley, 2011).

Para o rastreio do estado nutricional em idosos, o MNA[®] é um dos instrumentos mais reconhecido e utilizado internacionalmente. Desde a sua primeira publicação em 1996, o MNA[®] foi traduzido em mais de vinte línguas, incluindo a língua portuguesa, e foi validado com alta sensibilidade, especificidade e confiabilidade. É o método de maior facilidade na aplicação e economicamente mais viável para identificar idosos desnutridos ou em risco de desnutrição (Torres et al., 2014). Deste modo é fundamental proporcionar cursos de formação, neste âmbito, para profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas), para que estes possam estar preparados para implementar a avaliação e educação nutricional da população geriátrica, desenvolver ferramentas e orientações para os profissionais de saúde e cuidadores e, ainda, identificar e reduzir fatores de risco clínicos, funcionais, sociais ou económicos para a desnutrição (Donini et al., 2013).

Pelo exposto, considerou-se pertinente desenvolver o presente projeto de intervenção que teve como objetivos prevenir a desnutrição na pessoa idosa submetida a gastrectomia em contexto hospitalar e preparar o seu regresso a casa.

Assim, com recurso ao instrumento de avaliação nutricional MNA foi realizada a realização de uma apreciação do estado nutricional de cada idoso proposto para gastrectomia total no dia da sua admissão, e durante o internamento, após o procedimento cirúrgico, para rastreio do estado de desnutrição e risco de desnutrição, num período temporal de dois meses. Concomitantemente desenvolveram-se estratégias para envolver a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família na preparação do seu regresso a casa, estabelecendo uma relação de parceria, que permitisse identificar as suas reais necessidades para uma transição segura no regresso à casa. A continuidade dos cuidados durante o internamento e após a alta hospitalar é crucial para o sucesso de todo o procedimento. Neste processo de transição, foi nossa preocupação construir uma ação conjunta com o cliente, que possibilitasse o adquirir conhecimentos sobre o seu processo de saúde, para a promoção do Cuidado de Si.

O regresso a casa da pessoa idosa constitui uma situação de vulnerabilidade e fragilidade. Considerando a situação de gastrectomia na pessoa idosa, que pode conduzir a situações de mal-absorção e possível alteração do estado nutricional, a pessoa idosa terá de desenvolver conhecimentos e capacidades para se adaptar à sua nova condição, gerir a situação de doença e alcançar o sucesso nessa transição (Meleis, 2010). Para esta autora, regresso a casa é uma transição geradora de desequilíbrio para a pessoa idosa e constitui, conjuntamente com o processo de alta, uma parte vulnerável do internamento, onde as intervenções de enfermagem são desenvolvidas para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar. O planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia deverá, por isso, exigir atenção, precisão e rigor, para garantir a continuidade dos cuidados (Maramba, Richards, Myers e Larrabee, 2004; Gonçalves, 2008).

A prática de cuidar exige que se conheçam as necessidades individuais dos idosos/famílias, que se compreenda o seu processo de doença, exigindo-se mais esforços na capacitação das pessoas idosas e família na adaptação à nova situação para que possam prosseguir com o seu projeto de vida e saúde (Rydeman, Törnkvist, Agreus e Dahlberg, 2012).

Neste sentido, importa envolver o idoso o que só é possível numa intervenção em parceria, pelo que é fundamental entender a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado para promover o Cuidado de Si (Gomes, 2009). Nesta intervenção em parceria é valorizado o cuidado centrado no idoso, em que as intervenções são definidas com o cliente, permitindo-lhe um maior controlo sobre o seu projeto de saúde e prosseguir na sua trajetória de vida.

No contexto da preparação do regresso a casa da pessoa idosa, torna-se, também, fulcral considerar a família como parceiro e alvo de cuidados. A inclusão dos familiares é considerada benéfica na transição para casa para que possam ser preparados e capacitados para assumir os cuidados (Shyu, Chen, Chen, Wang e Shao, 2008). Atendendo ao inerente papel ativo que é exigido à família nos cuidados ao idoso, torna-se fundamental que durante o processo de hospitalização as intervenções desenvolvidas sejam direcionadas para ambos.

Da revisão integrativa da literatura realizada, verifica-se que os idosos beneficiam com intervenções enquadradas em planos de alta ou programas direcionados para a transição do hospital para o domicílio (Laugaland, Aase e Barach, 2012). Verifica-se, também, que práticas inadequadas no planeamento da alta do idoso estão relacionadas com intercorrências e risco elevado de readmissão (Bauer, Fitzgerald, Haesler e Manfrin, 2009).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A PARCERIA DE CUIDADOS COM O IDOSO SUJEITO A GASTRECTOMIA E FAMILIAR CUIDADOR

Cuidar em parceria com a pessoa idosa implica a partilha de poder na relação de cuidados, promover e desenvolver a autonomia da pessoa idosa/cuidador e proporcionar conforto e bem-estar aos intervenientes, pela integração e participação nos cuidados da pessoa idosa (Gomes, 2009). Trata-se de um cuidado centrado na singularidade da pessoa, que lhe permite que esta tenha controlo sobre o seu próprio projeto de vida e de saúde ou que permita à pessoa que prossiga com a sua trajetória de vida. Para a autora, a existência de uma verdadeira relação de parceria implica uma interação genuína entre os parceiros, onde a tomada de decisões e ações em conjunto resultem em ganhos para ambos.

A proporção de clientes idosos acima de 70 anos com este diagnóstico de carcinoma gástrico tem aumentado em todo o mundo (Costa et al, 2004), sendo a gastrectomia o tratamento cirúrgico adotado. Considerando a vulnerabilidade da pessoa idosa hospitalizada, a gastrectomia aumenta o risco de desnutrição e complicações. Importa uma readaptação com aquisição de novos

conhecimentos e habilidades relativas ao plano alimentar, medicamentoso e despiste de potenciais complicações no sentido de prevenir a desnutrição (Smeltzer e Bare, 2010).

Segundo Freitas et al (2011) a desnutrição é definida como uma condição clínica em que ocorre um desequilíbrio entre a ingestão e a necessidade nutricional, resultando na perda exagerada de nutrientes e trata-se de uma condição frequente na população idosa, na qual 30 a 40% das pessoas acima de 75 anos apresentam perda ponderal de aproximadamente 10%.

A desnutrição é um problema preocupante e frequentemente observado na população idosa, já que vários fatores, como alterações fisiológicas, patologias associadas, ou uso de múltiplos medicamentos, acabam por interferir no apetite, no consumo de alimentos e na absorção dos nutrientes, aumentando o risco de desnutrição (Paúl e Ribeiro, 2012). A desnutrição está associada a maior taxa de mortalidade entre os idosos, e acresce um aumento da taxa de morbilidade, internamentos hospitalares prolongados e elevados custos para o idoso e para a sociedade, constituindo-se como um desafio o reconhecimento precoce desse risco e a implementação de estratégias para o combater (Amaral et al., 2007). A avaliação nutricional é o primeiro passo para prevenir e corrigir os desvios nutricionais. A elevada prevalência de desnutrição entre doentes idosos na ocasião da admissão hospitalar, bem como a tendência de agravamento do estado nutricional durante a hospitalização vieram reforçar a importância da avaliação do estado nutricional neste grupo populacional (Agarwal, Miller, Yaxley e Isenring, 2013; Guyonnet e Rolland, 2015).

Nesse sentido, e por forma a prevenir estados de desnutrição nos idosos submetidos a gastrectomia deverão ser desenvolvidas intervenções de enfermagem adequadas direcionadas para a avaliação nutricional, educação e acompanhamento. Segundo Paúl e Ribeiro (2012) é fundamental a identificação dos determinantes do estado nutricional: fisiológicos (idade, saúde oral, acuidade sensorial, inatividade/imobilidade, perda de massa muscular, densidade óssea, diminuição do pH gástrico, diminuição da função imunitária); psicológicos (alterações do estado emocional, solidão, desmotivação, imagem corporal, depressão); socioeconómicos (baixos rendimentos, baixo nível de escolaridade, pobreza, acesso limitado a cuidados médicos e suporte comunitário, falta de conhecimentos em termos alimentares/nutricionais e sua aplicação prática, crenças e mitos, institucionalização, elevados gastos em saúde); *ambientais* (dificuldades de acesso e aquisição aos alimentos, preparação de alimentos, falta de apoio de serviços comunitários, falta de meios e condições para confeção de refeições, ou habitação inadequada).

Após a identificação de sinais sugestivos de desnutrição acima referidos é necessário proceder a uma avaliação nutricional, tendo como principais objetivos a adequação de um plano alimentar às reais necessidades da pessoa idosa. É recomendado o recurso a instrumentos simples, específicos, sensíveis e pouco dispendiosos, e que garantam dados concretos dos idosos (Ferry et al., 2004). A avaliação do estado nutricional pode ser feita a quatro níveis: avaliação clínica e funcional, avaliação da ingestão alimentar, avaliação antropométrica/composição corporal e avaliação analítica (Potter e Perry, 2006; Paúl e Ribeiro, 2012). Além destes indicadores, têm sido desenvolvidos vários métodos de avaliação do estado nutricional. Segundo Loureiro (2008) considerando as inúmeras alterações associadas ao envelhecimento que interferem nos parâmetros de avaliação nutricional usualmente utilizados, a avaliação nutricional do idoso consiste numa tarefa difícil e complexa.

Neste estudo adotou-se para avaliação nutricional dos idosos submetidos a gastrectomia a MiniNutritional Assessment – MNA (Figura 1). Trata-se de um questionário que permite detetar a presença ou o risco de malnutrição no idoso, sem recurso a parâmetros analíticos. A informação é obtida através do questionário direto ao idoso/cuidador familiar, e pode ser aplicada por médicos, nutricionistas/dietistas, enfermeiros ou outros profissionais de saúde. Revela-se um instrumento válido para triagem e avaliação que pode identificar idosos malnutridos ou em risco de má nutrição, sendo o instrumento de avaliação nutricional mais adequado para a população geriátrica (Kondrup et al., 2003; Loureiro, 2008; Freitas et al 2011). Este está validado para a população idosa portuguesa, em contexto hospitalar e domiciliar por Loureiro (2008).

Considerando que a gastrectomia está associada à síndrome de mal absorção, e que isso pode conduzir a risco acrescido de alterações do estado nutricional, neste processo de saúde-doença, espera-se da intervenção de enfermagem na avaliação e sinalização de casos de idosos com desnutrição ou risco de desnutrição para definição de intervenções direcionadas. Por outro lado, o enfermeiro é um agente facilitador do processo de transição que o idoso submetido a gastrectomia experiencia. Num quadro de fragilidade e vulnerabilidade da pessoa idosa, o enfermeiro procura, através das cinco fases do Modelo de Intervenção em Parceria com a Pessoa Idosa (revelar-se, envolver-se, capacitar/possibilitar, comprometer-se, assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro estabelecer uma relação negociada com o cliente, tendo em vista a definição de objetivos comuns e definição de estratégias conjuntas para que o equilíbrio seja alcançado (Gomes, 2009).

Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos) Pontuação da triagem Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos de 17 a 23,5 pontos menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/> estado nutricional normal <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição <input type="checkbox"/> desnutrido
References 1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:456-465. 2. Rubenstein LZ, Hawker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Geront</i> . 2001; 56A: M396-377 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> . 2006; 10:466-487. © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners. © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009. Para maiores informações: www.mna-elderly.com	

Figura 1 - Escala de Mini Avaliação Nutricional – MNA.

É valorizado um cuidado mais centrado no idoso/cuidador familiar, em que as intervenções são definidas com os clientes, permitindo-lhes um maior controlo sobre o seu projeto de saúde, prosseguindo a sua trajetória de vida. O cuidado de Si, conceito central no modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2009) reforça o papel do enfermeiro na promoção do cuidado do da pessoa idosa ou do cuidador familiar para os capacitar para gerir a situação de cuidados.

Num serviço de cirurgia de um Hospital Central em Lisboa (SCHCL) constatou-se, após a observação e análise das práticas de enfermagem, a necessidade de desenvolver a continuidade de intervenções direcionadas para a prevenção da desnutrição da pessoa idosa submetida a gastrectomia, através da articulação com outros profissionais e reestruturação da preparação do regresso a casa, com o envolvimento do cliente idoso como parceiro nos cuidados.

Assim, este projeto teve como objetivo prevenir a desnutrição na pessoa idosa submetida a gastrectomia e, simultaneamente, preparar o seu regresso a casa.

2. MÉTODOS

Foi adotada a metodologia de projeto, cujo objetivo principal se centra na resolução de problemas e no desenvolvimento de capacidades e competências para elaboração e concretização de projetos numa situação real (Freitas, 2010). Para o autor, esta metodologia é constituída por cinco fases: diagnóstico; planificação das atividades; execução das atividades; avaliação do trabalho; e divulgação dos resultados.

2.1 Participantes

Este estudo realizou-se num Hospital Central em Lisboa.

Envolveu 8 idosos submetidos a gastrectomia, seus cuidadores familiares e 39 enfermeiros da equipa de enfermagem.

2.2 Procedimentos

O projeto decorreu em quatro fases distintas: diagnóstico de situação, planificação, execução e fase de avaliação. Os dados para o diagnóstico da situação e avaliação foram colhidos por análise documental, através de indicadores definidos à priori, observação de práticas e entrevistas. A análise dos dados foi efetuada através de estatística descritiva e análise de conteúdo.

Na primeira fase realizou-se um diagnóstico da situação, para identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem no âmbito da prevenção da desnutrição, ao nível do Conhecer/Envolver-se com a pessoa idosa e seu cuidador familiar. Procurou-se aprofundar o conhecimento da pessoa idosa (Indicadores: identidade da pessoa idosa, seu contexto de vida, contexto de doença, problemas decorrentes do envelhecimento, hábitos/atividades da pessoa idosa, avaliação do estado nutricional), o que possibilitou ao enfermeiro estruturar intervenções educativas e cuidados personalizados ao cliente/família, sendo facilitadores do domínio do processo de saúde no regresso a casa.

Na segunda fase - fase de planificação – foi definido um plano de cuidados individual, que integrou a avaliação do estado nutricional, bem como pesagens no início e término do internamento. O plano atendeu às preferências do idoso e integrou os cuidados específicos associados à gastrectomia: realizar refeições frequentes e em pequenas quantidades; alimentar-se numa posição confortável; permanecer sentado após as refeições cerca de 30 minutos, mastigar bem os alimentos; manter as fibras na alimentação; beber líquidos entre as refeições e em pequenas quantidades (fases Conhecer e Envolver-se do processo de parceria).

Na terceira fase – fase de execução – foi colocado em prática o plano alimentar individualizado (articulado entre enfermeira, idoso e nutricionista), e iniciou-se a partilha de conhecimento relativos ao processo de saúde-doença que permitam ao idoso o autocuidado (intervenção relacionada com as fases Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro). O principal objectivo desta fase foi a aquisição de conhecimentos por parte da pessoa idosa submetida a gastrectomia e seu familiar cuidador que lhes assegurassem o cuidado de Si. Os conhecimentos adquiridos pelo cliente de enfermagem foram validados através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas à pessoa idosa/cuidador.

Na última fase – fase da avaliação – efetuou-se uma avaliação global do impacto deste trabalho nos cuidados, através da análise de registos de enfermagem, das entrevistas aos clientes idosos e seus cuidadores familiares, através dos dados antropométricos (reavaliação do peso), e análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos enfermeiros (Indicador: Assumir ou assegurar o Cuidado do Si).

3. RESULTADOS

Na primeira fase de diagnóstico inicial, constatou-se que a preparação do regresso a casa não se baseava em nenhum procedimento estruturado. A análise de registos mostrou que os principais dados que os enfermeiros não registavam eram o contexto de vida da pessoa idosa (80%), (cf. Figura 2); avaliação nutricional (100%), (cf. Figura 3); hábitos/atividades da pessoa idosa alimentação (79%), (cf. Figura 4). As entrevistas realizadas aos enfermeiros revelaram que 50% dos enfermeiros efetuavam as intervenções relacionadas educação para saúde no dia da alta.

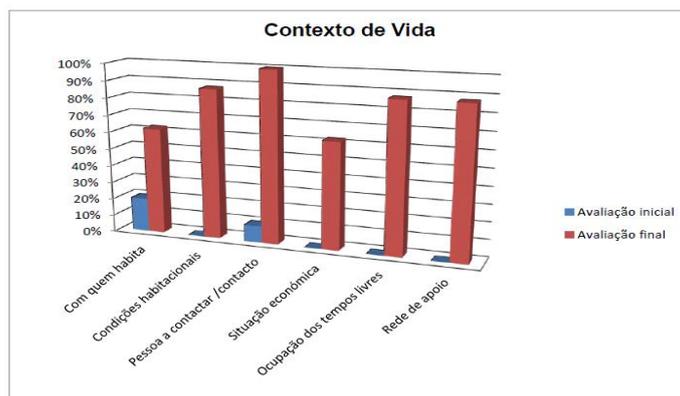


Figura 2 - Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial (Contexto de Vida).

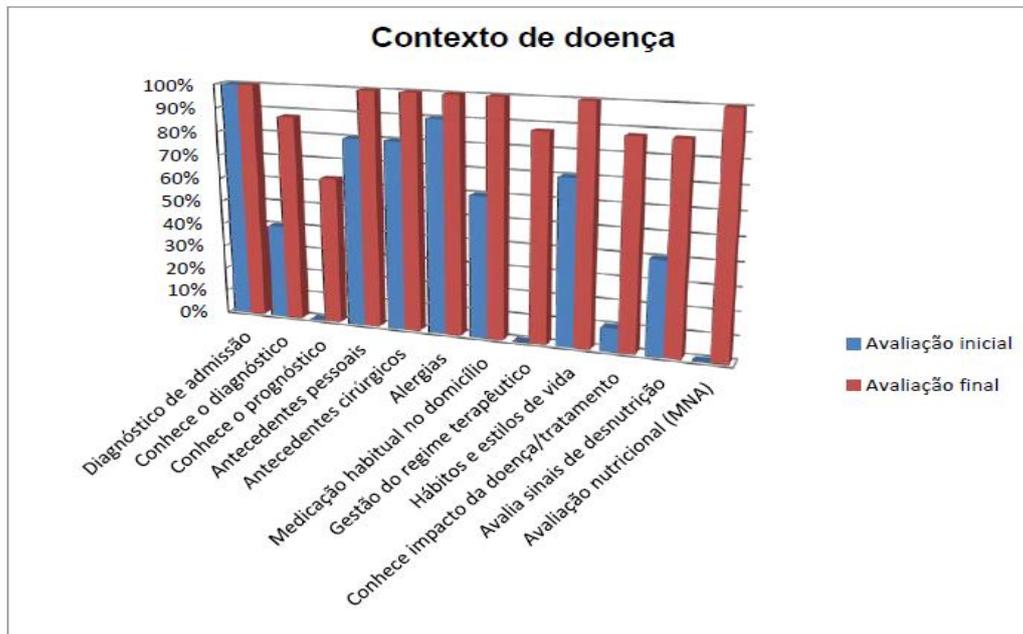


Figura 3 - Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial (Contexto de doença).

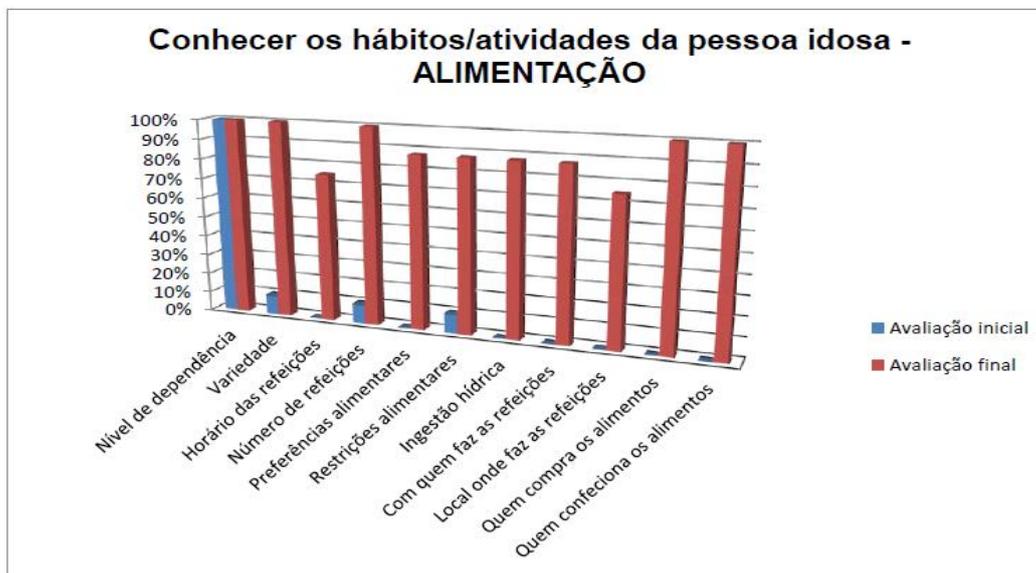


Figura 4 - Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial (Conhecer os hábitos/atividades da pessoa idosa – Alimentação).

Estes dados levaram a um trabalho conjunto de reflexão e formação junto da equipa de enfermagem e iniciou-se a implementação de intervenções para aprofundar o conhecimento da pessoa idosa gastrectomizada/cuidador familiar no sentido de se avaliar as suas potencialidades e necessidades na transição dos cuidados do hospital para casa e aquisição de conhecimentos relativamente ao plano alimentar. Acordou-se com a equipa incidir na colheita de dados tendo em conta os indicadores da parceria para melhor conhecer a pessoa idosa (identidade da pessoa idosa, contexto de vida/doença, problemas decorrentes do envelhecimento, hábitos/atividades, MiniNutritional Assessment (MNA) para avaliação nutricional. Foi implementada a avaliação nutricional da pessoa idosa com recurso a MNA.

Os dados passaram a ser colhidos e registados na avaliação inicial. A nova análise dos registos de enfermagem à luz do modelo da Parceria permitiu perceber as mudanças ocorridas relativamente ao que passou a ser registado no processo clínico, dando visibilidade à capacitação, promoção da autonomia e ao assumir o cuidado de si. Foram analisados 8 processos clínicos, tendo-se

verificado uma variação positiva no número de registos no processo clínico, comparativamente à avaliação inicial. A Figura 5 reflete essa variação.

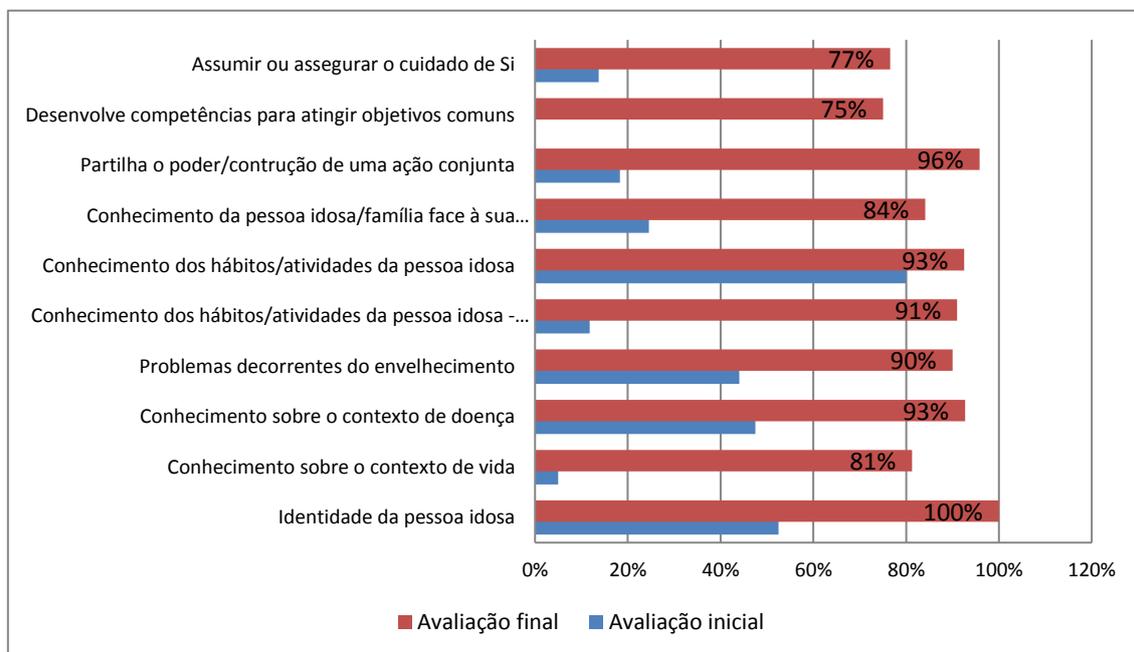


Figura 5 - Análise comparativa da variação dos indicadores avaliados nos registos de enfermagem.

Na fase capacitar verificou-se que o cuidador familiar e o idoso gastrectomizado adquiriram conhecimento sobre os cuidados alimentares necessários após a gastrectomia. Salienta-se a introdução de novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes – avaliação nutricional através do MiniNutritional Assessment, detetando-se 5 pessoas idosas em risco de desnutrição. Estes clientes foram sinalizados e foi desenvolvido e implementado um plano alimentar personalizado, em colaboração com a nutricionista e equipa de enfermagem. Um dos idosos estava desnutrido e dois deles apresentavam estado nutricional normal (cf. Figura 6).

A educação estruturada, inclusão do cuidador familiar nos cuidados, a articulação com a rede de cuidados domiciliários e registos de enfermagem individualizados, favoreceram a continuidade de intervenções preventivas da desnutrição ao longo deste processo.

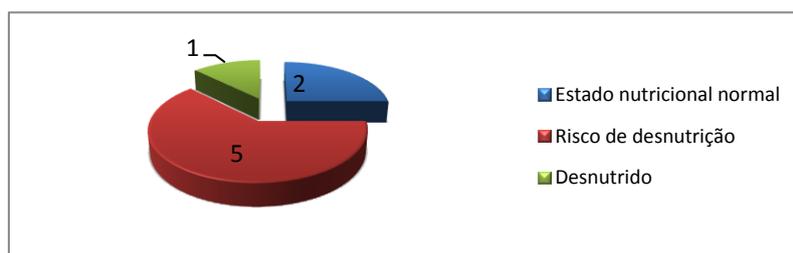


Figura 6 - Resultados da avaliação nutricional

A articulação com a nutricionista concretizou-se em todos os casos, tendo sido iniciada precocemente na situação do cliente em desnutrição. A sua intervenção justifica-se em termos de fracionamento das refeições e adequação dos alimentos às necessidades energéticas da pessoa idosa.

A intervenção nutricional, responsabilidade da equipa de saúde, permitiu que os clientes e familiares fossem orientados regularmente por uma equipa multiprofissional qualificada na avaliação do estado nutricional do cliente, inclusive dos seus hábitos e preferências alimentares, visando a melhoria do estado nutricional e prevenção do risco de desnutrição.

Da monitorização de peso corporal ao longo do internamento, verificou-se que apesar das medidas instituídas, todos apresentaram perda de peso, sendo a média 1,81kg (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Registo da pesagem inicial e final das pessoas idosas incluídas no projeto.

	A	B	C	D	E	F	G	H
Peso à entrada	65	83	68	72	63	65	58	74
Peso à saída	63	80	67	72	61	62,5	55	73

Os resultados das entrevistas às pessoas idosas e familiares cuidadores evidenciaram que, aquando da alta, todos os clientes tinham informação sobre os cuidados, sete clientes referiram decidir sobre os seus cuidados (7) e seis sentiram-se incluídos (6). O conhecimento sobre a alimentação foi o mais apontado como facilitador do regresso a casa (8). A pessoa idosa/familiar cuidador apresentou domínio do conhecimento sobre sinais e sintomas associados à cirurgia (8), e mostrou conhecimento sobre o risco/benefício do regime alimentar para a sua saúde (8); o plano alimentar foi construído com base nas preferências alimentares do cliente (8); todos os clientes e cuidadores familiares demonstraram conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade (8), sendo que sete dos clientes anteciparam necessidades de articulação com os recursos da comunidade (7).

4. DISCUSSÃO

A realização deste estudo no âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família permitiu uma compreensão global da pessoa idosa/família e possibilitou um processo de cuidados centrados no cliente, através da identificação atempada de necessidades.

Em termos de resultados, verificou-se que os enfermeiros passaram a realizar registos de enfermagem mais individualizados, o que se pode dever à sensibilização e compreensão da importância que estes assumem na continuidade dos cuidados. Ao conhecer melhor a pessoa idosa, conseguiu-se também, através da avaliação do estado nutricional, identificar situações de risco nutricional, como foi o caso de cinco idosos que se encontravam em risco de desnutrição, e um que, no primeiro dia de internamento, já se encontrava no estado de desnutrição. Nestes casos, os idosos foram sinalizados e iniciou-se a articulação com a equipa multidisciplinar – Cirurgião, Nutricionista e Dietista. Foi considerado prioritário aplicar a escala de avaliação nutricional a todos os idosos internados no serviço, dada a importância que a alteração nutricional pode acarretar no processo de saúde-doença de cada pessoa.

Foi observado, em todos os idosos incluídos no estudo, uma perda ponderal de 1,81kg, o que vem acentuar a necessidade de vigilância frequente do peso de cada idoso. Além do processo de doença que cada idoso vive, estão também associadas alterações do seu padrão alimentar relacionadas com o procedimento cirúrgico e consequente processo de recuperação. O processo de digestão e absorção de alimentos está também alterado após uma cirurgia de gastrectomia, seja ela parcial ou total, e a ingestão de alimentos é realizada também de uma forma faseada. Como tal, a aplicação da escala de avaliação nutricional (MNA), a pesagem inicial e a pesagem final de cada idoso passou a integrar as intervenções de enfermagem.

Mais do que uma tarefa, os registos traduziram a personalização das necessidades identificadas e das intervenções realizadas. A preparação da alta passou a realizar-se desde o início do internamento, e a entrega da carta de alta de enfermagem a todos os idosos permitiu a continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

Os resultados das entrevistas realizadas mostraram que, no dia da alta, a pessoa idosa detinha conhecimento sobre os cuidados necessários. A implementação de um plano de alta em parceria com a pessoa idosa/família para a preparação do regresso a casa foi facilitador de uma transição saudável para a pessoa idosa. Por outro lado, os resultados atingidos corroboram os dados evidenciados na revisão integrativa da literatura: o planeamento do regresso a casa deve ser um processo contínuo, holístico e centrado no cliente, que deve envolver o cliente, a família, a equipa de saúde e as organizações.

Verificou-se, através da análise dos registos, que a equipa passou a registar mais informação sobre a pessoa idosa, possibilitando cuidados personalizados e de maior qualidade; preparar o regresso a casa passou a ser uma preocupação que acompanhou todo o internamento, e não só o dia da alta. As reuniões de equipa e discussão de casos, ainda que informais, foram um dispositivo de formação contínua, representando um espaço de partilha para os profissionais, estimulando à reflexão e aprendizagem, contribuindo para processos de mudança. Foram introduzidos na equipa hábitos de uma prática reflexiva complementada por um pensamento crítico, os quais contribuíram para a aquisição de aprendizagens e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

De um modo geral, todas as atividades realizadas permitiram sensibilizar a equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, para otimização da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, na preparação do regresso a casa. Destaca-se a articulação da equipa multiprofissional e a gestão dos recursos existentes e necessários em cada situação e em cada contexto, que contribuíram para a qualidade dos cuidados.

Ao estimular a participação ativa dos idosos ao longo do internamento, promoveu-se, através da parceria, o desenvolvimento de conhecimentos e competências que permitiram aos idosos regressar a casa com confiança, segurança e conhecimentos necessários e essenciais a cada situação.

CONCLUSÕES

Num período em que se assiste a um envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, importa uma intervenção personalizada à população idosa. A prevenção da desnutrição da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua preparação do regresso a casa surge como uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Na preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família é determinante o conhecimento da pessoa idosa e sua avaliação do estado nutricional para que se possam sinalizar casos de risco. Intervir em parceria com o cliente e sua família promove a sua capacitação na aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades relativas ao plano alimentar, medicamentoso e identificação de potenciais complicações, nomeadamente a diminuição do risco de desnutrição. Promover o Cuidado de Si, permitido à pessoa idosa o domínio nos seus cuidados, favorecendo uma transição saudável entre os contextos, aquando da alta hospitalar.

A relação de parceria promoveu o desenvolvimento de conhecimentos e competências com vista à capacitação da pessoa idosa e família para o regresso a casa e prevenção da desnutrição, sendo que se promoveu uma participação ativa dos idosos no seu processo saúde-doença.

Salienta-se a introdução de novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes – avaliação nutricional com escala própria - MNA, pesagem inicial e final, educação estruturada com respectivo registo e a articulação frequente com a rede de cuidados domiciliários, aspectos cruciais para a manutenção dos cuidados aos idosos.

Sugere-se a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória para a pessoa idosa proposta para gastrectomia, a criação de uma consulta telefónica de enfermagem sediada no SCHCL para seguimento pós-operatório, o seguimento domiciliar destes idosos, como aspeto facilitador do processo de transição do hospital para casa e a reavaliação nutricional periódica.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipa de enfermagem envolvida, bem como aos idosos e seus familiares sem os quais este estudo não teria sido possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwa, E., Miller, M., Yaxley, A., & Isenring, E. (2013). *Malnutrition in the elderly: A narrative review*. *Maturitas*, 76(4), 296–302. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.013>
- Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207-216. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20711440>
- Amaral, T., & et al. (2007). The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*, 26(6), 778-784.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., & Manfrin, M. (2009, Setembro). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2539-2546. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x.
- Costa, P., & et al (2004). Cancro Gástrico em idosos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(3), 211-217.
- Dent, E., Chapman, I. M., Piantadosi, C., & Visvanathan, R. (2014). Performance of nutritional screening tools in predicting poor six-month outcome in hospitalized older patients. *Asia Pac J Clin Nutr*, 23(3), 394-399. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25164449>.
- Donini, L. M., & et al (2013). Malnutrition in elderly: social and economic determinants. *J Nutr Health Aging*, 17(1), 9-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2329371>.
- Freijer, K., & et al (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clin Nutr*, 32(1), 136-141. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789931>.
- Galiot, Hernandez, A., Torrado Pontes, Y., & Cambrodon Goni, I. (2015). Risk of malnutrition in a population over 75 years non-institutionalized with functional autonomy. *Nutr Hosp.*, 32(3), 1184-1192. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/263319837>. DOI: 10.3305/nh.2015.32.39176.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva das Etapas. *Percursos*, Setúbal, 15, 1-37. Acedido em http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html.
- GLOBOCAN (2012). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. *International Agency for Research on Cancer*. World Health Organization. Acedido em: <http://globocan.iarc.fr/>.

- Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si – a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.
- Gomes, I. (2013). *Promover o Cuidado de Si: A Natureza da Parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no Domicílio*. In Fern Guyonnet, S., & Rolland, Y. (2015). *Screening for Malnutrition in Older People*. *Clin Geriatr Med*, 31(3,)429–437.
- Freitas, E. & et al (2011). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- INE (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2014). Dia Mundial da População. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Laugaland, K., Aase, K., & Barach, P. (2012, Janeiro). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Reading Mass*, 41(1), 2915-2924. DOI: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
- Morley, J. E. (2011). Assessment of malnutrition in older persons: a focus on the Mini Nutritional Assessment. *J Nutr Health Aging*, 15(2), 87-90. Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21365159>.
- National Institute of Aging, N.I. (2015). *Humanity's Ageing*. Pag 4.5. Acedido a 10/03/2020. Acedido em http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf.
- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa/Porto: Lidel.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2010). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* (12ª edição). EUA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singh, Z. (2012). Aging: the triumph of humanity-are we prepared to face the challenge? *Indian J Public Health*, 56, 189-195. Acedido em <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23229210>.
- Tsai, A.C., HO, C. S., & Chang, M. C. (2008). Assessing the prevalence of malnutrition with the MiniNutritional Assessment (MNA) in a nationally representative sample of elderly Taiwanese. *J Nutr Health Aging*, 12(4), 239-243. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18373032>.
- Torres, M. J., & et al (2014). Nutritional status in community-dwelling elderly in France in urban and rural areas. *PloS One*, 9(8), e105137. Acedido em <http://www.journals.plos.org/plosone7article?id=10.1371/journal.pone.0105137>.
- WHO (Producer). 2010. *Global Health and Ageing*. Acedido em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/.

Millenium, 2(ed espec. nº5), 317-338.

pt

PADRÃO DE INFEÇÃO E ANTIBIOTERAPIA EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
PATTERN OF INFECTION AND ANTIBIOTICS IN THE INTENSIVE CARE UNIT
PATRÓN DE INFECCIÓN Y ANTIBIÓTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Natércia Coelho¹
Madalena Cunha²

¹ Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, UICISA:E, SIGMA – Phi Xi Chapter, CIEC - UM, Viseu, Portugal

Madalena Cunha - madalenacunhanunes@gmail.com | Natércia Coelho - naterciadc@gmail.com



Autor Correspondente

Natércia Durão Coelho

Bairro de Santa Eulália, Rua Nova, nº13, Repeses
3500-684 Viseu - Portugal
naterciadc@gmail.com

RECEBIDO: 12 de junho de 2019

ACEITE: 15 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: A temática central deste estudo é a infeção, mais especificamente as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), associadas ao uso de dispositivos invasivos, como o Tubo Endotraqueal (TET) e Ventilação Mecânica, Cateter Venoso Central (CVC) e Cateter Vesical (CV), bem como os microrganismos envolvidos e antimicrobianos utilizados, em contexto de cuidados intensivos.

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são os serviços com maior probabilidade para a ocorrência de IACS e resistência à antibioterapia, sendo os profissionais de saúde confrontados com a gravidade do estado clínico dos doentes e com a sua suscetibilidade para a aquisição de IACS.

É essencial reduzir o uso de dispositivos invasivos para prevenir a infeção e minimizar a transmissão cruzada. A problemática da resistência aos antimicrobianos é superior nas UCI, maioritariamente associada à severidade da situação clínica dos doentes, ao uso frequente de antibióticos e à heterogeneidade na implementação das medidas de prevenção e controlo das IACS.

Objetivos:

- Identificar as IACS relacionadas com dispositivos invasivos (TET, CVC e CV) adquiridas na UCIP;
- Calcular as Taxas de Incidência e a Densidade de Incidência das IACS relacionadas com o uso de TET, do CVC e do CV, na UCIP;
- Calcular as Taxas de Exposição aos dispositivos invasivos TET, CVC e CV, na UCIP;
- Descrever a tipologia de microrganismos existentes na UCIP;
- Identificar os antimicrobianos mais prescritos na UCIP.

Métodos: O estudo equacionado para esta investigação engloba os métodos de *análise quantitativa*; insere-se no tipo de *investigação não experimental*; é um estudo, *descritivo e analítico* porque, visa analisar essencialmente os fatores de risco para as IACS extrínsecas ao doente, tais como o tempo de exposição aos dispositivos invasivos, como o TET e a Ventilação Mecânica, o CVC e o CV, mas também analisa a situação prévia dos doentes críticos antes da admissão na UCIP, quanto aos dias de hospitalização e submissão a antibioterapia. Pretende também identificar quais os principais microrganismos responsáveis pelas IACS adquiridas na UCIP e respetiva antibioterapia instituída, acreditando-se que é nestes fatores que a mudança das práticas pode diminuir a incidência deste tipo de infeção.

Este estudo inclui doentes internados numa UCIP, que pertence a um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, submetidos a ventilação mecânica num período superior ou igual a 48 horas, com três ou mais dias de internamento nesta unidade. Retrospectivamente foram analisados os registos clínicos correspondentes a um período de 6 meses situado entre, 1 de Julho a 31 de Dezembro, dos anos 2010, 2011 e 2012. A escolha deste período residiu na tentativa de procurar amostras similares, suportada na semelhança do tipo de doentes admitidos nas épocas dos anos em estudo.

Resultados: Na UCIP, no período em estudo, 26 doentes (16%) desenvolveram IACS durante o internamento, verificando-se também uma diminuição destes valores ao longo dos três anos.

Um dos principais resultados deste estudo consiste na identificação da Infeção Respiratória Associada à Ventilação (IRAV) como a IACS mais incidente, afetando 18 doentes (69,2%) dos 26 que adquiriram IACS; em segundo plano ficam a infeção da corrente sanguínea associada ao CVC e a infeção do trato urinário associada ao cateter vesical, ambas com 15,4% de taxa de incidência. Constatou-se que o CV foi o dispositivo com Taxas de exposição mais elevadas (0,98), ficando em segundo plano o TET com 0,81 e o CVC foi o dispositivo com taxas mais baixas (0,79). Quanto aos microrganismos responsáveis pelas IACS diagnosticadas neste estudo foram maioritariamente o *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (45,8%), a *escherichia coli* (12,4%), e a *enterobacter aeruginosa* (8,4%). Relativamente aos microrganismos responsáveis pela IRAV isolados neste estudo, o que surge em maior número nos três anos é o *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (50%), seguido da *escherichia coli* (12,4%) e *pseudomonas aeruginosa* (6,2%). Em 96,2% dos casos de IACS foi instituída antibioterapia, na sua maioria como antibioterapia empírica (65,2%), denotando-se que apenas 34,8% correspondiam a antibióticos dirigidos ao agente causal. A maioria dos doentes admitidos na UCIP (86,5%) nos três anos é submetido a antibioterapia prévia ao internamento nesta unidade, e na maioria dos casos (84,8%) de forma empírica.

Conclusões: Este estudo mostra que a IACS mais incidente na UCIP é a IRAV, o agente infetante isolado na maioria dos casos foi o *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente, e a antibioterapia instituída foi maioritariamente empírica. A exposição dos doentes aos dispositivos invasivos é significativa, identificando-se taxas de exposição ao CV, TET e CVC elevadas.

Palavras-chaves: infeção associada aos cuidados de saúde; microrganismos multirresistentes antibioterapia

ABSTRACT

Introduction: The central theme of this study is infection, more specifically Healthcare Associated Infections (HAI), associated with the use of invasive devices, such as Endotracheal Tube (ETT) and Mechanical Ventilation, Central Line (CL) and Urinary Catheter (UC), as well as the microorganisms involved and antimicrobials used, in the context of intensive care.

Intensive Care Units (ICU) are the units most likely for the occurrence of HAIs and resistance to antibiotics, and health professionals are confronted with the severity of the patients' clinical condition and their susceptibility to the acquisition of HAIs.

It is essential to reduce the use of invasive devices to prevent infection and minimize cross-transmission. The problem of resistance to antimicrobials is higher in ICUs, mostly associated with the severity of the patients' clinical situation, the frequent use of antibiotics and the heterogeneity in the implementation of HAI prevention and control measures.

Objetives: This study aims to:

- Identify HAI related to invasive devices (ETT, CL and UC) acquired at UCIP;
- Calculate the Incidence Rates and Incidence Density of HAI related to the use of ETT, CL and UC, at UCIP;
- Calculate Exposure Rates to ETT, CL and UC invasive devices, at UCIP;
- Describe the type of microorganisms existing in the ICU;
- Identify the most prescribed antimicrobials in the ICU.

Methods: The study designed for this investigation includes the methods of quantitative analysis; falls within the type of non-experimental research; it is a descriptive and analytical study because it aims to analyze essentially the risk factors for HAI extrinsic to the patient, such as the time of exposure to invasive devices, such as ETT and Mechanical Ventilation, CL and UC, but it also analyzes the previous situation of critically ill patients before admission to the ICU, regarding the days of hospitalization and submission to antibiotics. It also intends to identify which are the main microorganisms responsible for the HAI acquired in the ICU and the antibiotics used, believing that it is in these factors that changing practices can reduce the incidence of this type of infection.

This study includes patients admitted to a ICU, which belongs to a Hospital Center in Portugal, undergoing mechanical ventilation for a period greater than or equal to 48 hours, with three or more days of hospitalization in this unit. Retrospectively, the clinical records corresponding to a period of 6 months between, 1 July to 31 December, from the years 2010, 2011 and 2012 were analyzed. The choice of this period was in an attempt to search for similar samples, supported in the similarity of the type of patients admitted at the time of the years under study.

In the ICU, during the study period, 26 patients (16%) developed HAI during hospitalization, with a decrease in these values over the three years.

Results: One of the main results of this study is that Ventilator Associated Pneumonia (VAP) was the most incident, affecting 18 patients (69.2%) of the 26 who acquired HAI; in the background are bloodstream infection associated with CL and urinary tract infection associated with the urinary catheter, both with 15.4% incidence rate. It was found that the CV was the device with the highest exposure rates (0.98), ETT with 0.81 and the CL being the device with the lowest rates (0.79). As for the microorganisms responsible for the HAI diagnosed in this study, they were mostly *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistant (45.8%), *Escherichia coli* (12.4%), and *Aerobinuous enterobacter* (8.4%). Regarding the microorganisms responsible for VAP isolated in this study, the one that appears in greater number in the three years is the methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (50%), followed by *Escherichia coli* (12.4%) and *pseudomonas aeruginosa* (6.2%). In 96.2% of the HAI cases, antibiotic therapy was instituted, mostly as empirical antibiotic therapy (65.2%), showing that only 34.8% corresponded to antibiotics directed to the causative agent. Most patients admitted to the ICU (86.5%) in the three years were submitted to antibiotics prior to admission to this unit, and in most cases (84.8%) empirically.

Conclusions: This study demonstrates that the most prevalent HAI in the ICU is PAV, the isolated infectious agent in most cases was Meticilino-Resistant *Staphylococcus aureus*, and antibiotics instituted was mostly empirical. Patients' exposure to invasive devices is significant, with high UC, ETT and CL exposure rates.

Keywords: healthcare-associated Infection; multidrug-resistant microorganisms; antibiotics

RESUMEN

Introducción: El tema central de este estudio es la infección, en particular las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS), relacionadas con el uso de dispositivos invasivos, como el tubo endotraqueal (TET) y ventilación mecánica, catéter venoso central (CVC) y sonda vesical (SV), así como los microorganismos involucrados y los antimicrobianos utilizados, en el contexto de cuidados intensivos.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son las unidades con mayor probabilidad para el surgimiento de IAAS y resistencia a los antibióticos, estando los profesionales de la salud ante la gravedad de la condición clínica de los pacientes y su susceptibilidad a la adquisición de IAAS.

Es fundamental reducir el uso de dispositivos invasivos para prevenir infecciones y minimizar la transmisión cruzada. El problema de la resistencia a los antimicrobianos es superior en las UCI, pues estas unidades asumen pacientes críticamente enfermos, están asociadas al uso frecuente de antibióticos y la heterogeneidad en la implementación de medidas de prevención y control de las IAAS.

Objetivos: Esta investigación tiene como objetivos:

- Identificar las IAAS relacionados con dispositivos invasivos (TET, CVC y sonda vesical) adquiridos en la UCI;

- Calcular las tasas de incidencia y la densidad de incidencia de IAAS relacionadas con el uso de TET, CVC y sonda vesical, en la UCI.
- Calcular las tasas de exposición a los dispositivos invasivos TET, CVC y sonda vesical, en la UCI;
- Describir la etiología de los microorganismos prevalentes en la UCI;
- Identificar los antimicrobianos más recetados en la UCI.

Métodos: El estudio diseñado para esta investigación incluye los métodos de análisis cuantitativo; cae dentro del tipo de investigación no experimental; es un estudio descriptivo e analítico porque tiene como objetivo analizar fundamentalmente los factores de riesgo para las IAAS extrínsecos al paciente, como el tiempo de exposición a dispositivos invasivos, como TET y ventilación mecánica, CVC y sonda vesical, pero también considera la situación previa de pacientes críticos antes del ingreso a la UCI, en relación con los días de hospitalización y sumisión a antibióticos. Además tiene la finalidad de identificar cuáles son los principales microorganismos responsables por las IAAS adquiridas en la UCI y respectivos antibióticos instituidos, creyendo que cambiando las prácticas que se relacionan con estos factores se puede reducir la incidencia de este tipo de infección.

Este estudio incluye pacientes ingresados en una UCI, que pertenece a un centro hospitalario en el centro de Portugal, bajo ventilación mecánica durante una estancia mayor o igual a 48 horas, con tres o más días de hospitalización en esta unidad. Retrospectivamente, se analizaron las historias clínicas correspondientes a un período de 6 meses, entre el 1 de julio y el 31 de diciembre, desde los años 2010, 2011 y 2012. La elección de este período fue en un intento de buscar muestras similares, apoyadas en la similitud del tipo de pacientes ingresados en el momento de los años de estudio.

Resultados: En la UCI, durante el período de estudio, 26 pacientes (16%) desarrollaron IAAS durante la hospitalización, con una disminución en estos valores durante los tres años.

Unos de los principales resultados de esta investigación fue la identificación de la Infección Respiratoria Asociada a la Ventilación (IRAV) como la IAAS más incidente (69,2%), seguida de la infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociada con el CVC y de la infección del tracto urinario relacionada a la sonda vesical, ambas con una tasa de incidencia de 15,4%. Se descubrió que la sonda vesical fue el dispositivo con las tasas de exposición más altas (0,98), en segundo plano el TET con 0,81 y el CVC el dispositivo con las tasas más bajas (0,79).

En lo que se refiere a los microorganismos responsables por las IAAS diagnosticadas en este estudio, ocupan los primeros lugares el *Staphylococcus aureus* resistentes a la metilicina (45,8%), *Escherichia coli* (12,4%) y *Enterobacter aeruginosa* (8,4%). Con respecto a los microorganismos responsables por las IRAV aislados en este estudio, ocupa la primera posición el *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina (50%), seguido de *Escherichia coli* (12,4%) y *pseudomonas aeruginosa* (6,2%). En el 96,2% de los casos de IAAS, se instituyó antibioterapia, aunque 65,2% se estableció de forma empírica, lo que demuestra que solo el 34,8% de los antibióticos fue direccionado al agente causal. La mayoría de los pacientes ingresados en la UCI (86,5%) en los tres años son sometidos a antibióticos antes de la admisión a esta unidad, y en la mayoría de los casos (84,8%) empíricamente.

Conclusiones: Este estudio muestra que el IAAS más prevalente en la UCIP es IRAV, el agente infeccioso aislado en la mayoría de los casos fue *Staphylococcus aureus* resistente a metilino, y el antibiótico instituido fue principalmente empírico. La exposición de los pacientes a dispositivos invasivos es significativa, con altas tasas de exposición a sonda vesical, TET y CVC.

Palabras Clave: infección asociada a la atención sanitaria; microorganismos multirresistentes; antibioterapia

INTRODUÇÃO

A infeção e a resist ncia dos microrganismos aos antimicrobianos s o problemas atuais e interdependentes. As institui es n o podem ficar indiferentes  s suas implica es e impacto nos utentes, nas unidades de saúde e comunidade (Programa de Preven o e Controlo da Infe o e Resistência aos Antimicrobianos, 2017).

A Infe o Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)   hoje um conceito alargado de infe o que ocorre num doente durante o processo de presta o de cuidados num hospital ou noutra institui o de cuidados de saúde, que não estava presente e nem em incubac o no momento de admissão, (World Health Organization, 2011).

Mais de 4 milhões de utentes, na Europa, são afetados por IACS todos os anos e nos Estados Unidos da América (EUA) correspondem a 1.7 milhões (WHO, 2011). Cerca de 5-10% dos doentes admitidos nos hospitais dos países desenvolvidos adquirem uma ou mais IACS e estas percentagens podem exceder os 25% nos países de baixo desenvolvimento, (Damani, 2012). Estudos, nacionais e internacionais, definem as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como os serviços de maior risco para os doentes adquirirem esta entidade nosológica. A WHO (2011) aponta uma taxa de 30% de doentes admitidos em UCI afetados por um episódio de IACS, estando associadas a taxas de morbidade e mortalidade significativas. Nas UCI nos EUA, a pneumonia associada   ventila o (PAV)   a segunda IACS mais comum, com taxas de 25%. (Sedwick, Lance-Smith, Reeder & Nardi, 2012. Recentemente, os dados da Vigilância Epidemiológica na rede europeia, coordenada pelo European Centre For Disease Prevention and Control (ECDC), na qual Portugal têm também participa, verificam que no ano de 2017, 8,3% (11787) dos pacientes internados

mais de dois dias em UCI adquiriram pelo menos uma IACS (PAV, bacteriemia associada ao Cateter Venoso Central (CVC) ou Infecção Trato Urinário-ITU associada ao cateter vesical-CV). Destas IACS a PAV surge como a mais prevalente, em 6% dos casos, em que 97% destas infeções estão associados à intubação traqueal, sendo a *Pseudomonas aeruginosa* o microrganismo mais isolado, (ECDC, 2019).

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), no seu Relatório Anual do Programa Prioritário, refere que globalmente em Portugal, no período de 2013 a 2017, os resultados melhoraram face ao controlo de IACS e resistência aos antimicrobianos. A Vigilância Epidemiológica (VE) das UCI revela um decréscimo de 10,81% na densidade de incidência de PAV por 1000 dias de entubação no ano de 2017 em relação a 2013, bem como uma redução de 30,77% na densidade de incidência de bacteriemia por 1000 dias de CVC relativamente ao mesmo período.

A presença de dispositivos invasivos e os procedimentos cirúrgicos são descritos com os principais fatores de risco, bem como as infeções por microrganismos multirresistentes, que na atualidade, representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam, (Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B., 2010). Nos anos 60 a 80 ficou conhecido o fenómeno da multirresistência relacionado com enterobactérias e *Pseudomonas*. No dias de hoje e em particular nas UCI passou a ser problemática a emergência de determinados Microrganismos Multirresistentes (MMR) como causadores de infeção hospitalar/IACS, tomando especial importância bactérias como *Staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA), Enterococos vancomicina-resistentes (VRE) e Gram negativos produtores de beta-lactamase de espectro alargado (ESBL), para os quais se vão tornando escassas as armas eficazes. Os MMR são microrganismos, maioritariamente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos, (Centre for Disease Control, 2017). Estes microrganismos estão associados às infeções hospitalares da corrente sanguínea, infeção respiratória/pneumonia nosocomial, infeção do trato urinário e infeção do local cirúrgico e de pele e tecidos moles, tendo um potencial epidémico significativo, (Pina et al, 2010). Este tipo de infeções manifestam-se de forma semelhante àquelas provocadas por microrganismos sensíveis, no entanto a escassez das opções terapêuticas complica a abordagem no tratamento das mesmas. Constatando-se um aumento nos tempos de internamento e custos, bem como taxas de morbi-mortalidade significativas, (CDC, 2017).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde são uma problemática transversal às diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde, quer a nível nacional, bem como mundial. É essencial a união de esforços dirigidos à sua prevenção e controlo, envolvendo não só profissionais de saúde, mas também órgãos de gestão e políticos na fomentação de uma cultura de segurança e qualidade dos cuidados prestados.

O ECDC no seu estudo de Prevalência das IACS e Resistência aos Antimicrobianos, de 2016-2017, envolvendo 28 países da União Europeia/Zona Económica Europeia, incluindo Portugal, reporta que 5,9% dos doentes desenvolveram uma IACS (Suetens, C., Latour, K., Karki, T., Ricchizzi, E. & Kinross, P. et al, 2018). A prevalência e tipologia das IACS são variáveis, denotando-se diferenças a nível mundial, o mesmo se verificando no nosso país. Nos EUA as infeções mais comuns são a do trato urinário (36% e 27% respetivamente). Na Europa a IACS mais prevalente é a infeção do trato respiratório (21,45% pneumonia e 4,3% outras infeções do trato respiratório inferior), seguida da ITU (18,9%) e as Infeções da Corrente Sanguínea surgem em 10,8% dos casos (Suetens et al, 2018).

Estudos, nacionais e internacionais, definem as UCI como os serviços de maior risco para os doentes adquirirem esta entidade nosológica. A WHO (2011) aponta uma taxa de 30% de doentes admitidos em UCI afetados por um episódio de IACS, estando associadas a taxas de morbilidade e mortalidade significativas. Nas UCI nos EUA, a pneumonia associada à ventilação (PAV) é a segunda IACS mais comum, com taxas de 25%. (Sedwick, Lance-Smith, Reeder & Nardi, 2012). Recentemente, os dados da Vigilância Epidemiológica na rede europeia, coordenada pelo ECDC, na qual Portugal também participa, verificam que no ano de 2017, 8,3% (11787) dos pacientes internados mais de dois dias em UCI adquiriram pelo menos uma IACS (PAV, bacteriemia associada ao CVC ou infeção trato urinário associada ao cateter vesical). Destas IACS a PAV surge como a mais prevalente, em 6% dos casos, em que 97% destas infeções estão associados à intubação traqueal, sendo a *Pseudomonas aeruginosa* o microrganismo mais isolado, (ECDC, 2019). Em Portugal, em 2017, as UCI tiveram uma densidade de incidência de PAV/1000 dias de intubação de 7.2, sendo inferior à média Europeia (9,5/1000 dias de intubação), no mesmo período. Dos microrganismos isolados os mais frequentes foram as *Pseudomonas Aeruginosas* (29,2%), *Klebsiella spp.* (19,7%) e *Staphylococcus aureus* com 13,8%.

A Infeção Respiratória Associada à Ventilação (IRAV) define-se como uma infeção do parênquima pulmonar, estando associada ao uso do tubo endotraqueal (TET) em doentes submetidos a ventilação mecânica num período superior ou igual a 48 horas, (Lawrence & Fulbrook, 2011). É uma das complicações mais preocupantes no contexto dos cuidados intensivos, porque para além de aumentar as taxas de mortalidade em cerca de 20-50%, é responsável pelo aumento do tempo de internamento, sensivelmente em 6 dias, (Rello, Lode, Cornaglia & Masterton, 2010). Por outro lado, Caserta et al (2012) complementam, afirmando que este tipo de infeção aumenta o tempo de ventilação mecânica, como também potencia e acentua a utilização excessiva de antibióticos, refletindo-se em custos hospitalares acrescidos.

O mecanismo etiológico descrito como o maior responsável pela IRAV, consiste na colonização do trato orofaríngeo e digestivo com microrganismos potencialmente patogénicos e a aspiração subsequente de secreções contaminadas para a via aérea inferior, (Lawrence & Fulbrook, 2011). Os mesmos autores descrevem que os doentes com TET estão mais expostos ao risco de desenvolver IRAV, porque este dispositivo invasivo quebra as barreiras de defesa naturais da via aérea do organismo (reflexo de tosse diminuído, encerramento da epiglote alterado, ação mucociliar diminuída). Por outro lado, o TET funciona como uma porta de entrada de microrganismos para a via aérea inferior. Para além disto, a existência de co-morbilidades, tais como a desnutrição, doença pulmonar obstrutiva crónica, sinusite crónica e higiene oral pobre são descritos como fatores de risco adicionais, (Lawrence & Fulbrook, 2011).

Ainda existe muita controvérsia quanto às melhores estratégias a utilizar para diagnosticar este tipo de infeção, que consistem em técnicas não-invasivas e técnicas invasivas. A maior dificuldade para a comparação da efetividade e valor de cada uma destas técnicas, consiste no fato de não existir uma estratégia padrão de diagnóstico de IRAV, (Vicente et al, 2010). No âmbito desta dificuldade de diagnóstico, Lawrence e Fulbrook (2011) fazem referência às normas do Centres for Disease Control (CDC) de 2008, que recomendam a combinação de dados clínicos, radiológicos e laboratoriais para diagnosticar a PAV. Em Portugal, estas recomendações servem de referência para o Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI).

Outro tipo de IACS são as Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS), normalmente associadas ao uso de Catéteres Venosos Centrais (CVC). Os cateteres centrais temporários, os cateteres centrais de inserção periférica, os cateteres de alto fluxo utilizados na diálise e os cateteres tunelizados constituem o grupo designado de CVC, (Hsu, 2014). Estes dispositivos intravasculares são indispensáveis para a prática clínica e tratamento do doente crítico, em particular nas UCI. Apesar de permitirem um acesso vascular importante para administração de drogas, monitorização hemodinâmica invasiva e outras terapias, como a Hemodiafiltração Veno-Venosa contínua, o seu uso implica riscos para o doente. Podem incluir complicações locais a sistémicas, englobando as infeções do local de inserção do catéter, as infeções da corrente sanguínea associada a CVC e também, as tromboflebitides e endocardites, entre outras. Ruiz-Giardin et al (2019) referem que 15 a 30% de todas as bacteriemias nosocomiais estão associadas a dispositivos intravasculares, é estimado que cerca de 70% de todos os pacientes admitidos em contexto hospitalar, são submetidos a cateterização venosa. As UCI são descritas como as unidades com maior prevalência deste tipo de infeção, seguidas pelas unidades de hematologia e oncologia, (Ruiz-Giardin et al, 2019).

Diversos autores descrevem as infeções da corrente sanguínea associada a CVC como responsáveis por taxas de mortalidade e morbilidade significativas, resultando também num impacto económico importante. O custo de uma só infeção nosocomial da corrente sanguínea (INCS) associada ao CVC é aproximadamente 16500 US dólares, em que a taxa de mortalidade é 2-4 vezes superior relativamente aos doentes que não adquirem este tipo de infeção, (Wichman et al 2018). No relatório epidemiológico para o ano de 2017 do ECDC, foram reportados 5298 casos de INCS, em UCI, em que cerca de 36.5% estavam associadas ao CVC, (Suetens et al, 2019).

A nível nacional, com base no Relatório Anual do PPCIRA de 2018, verifica-se um aumento na participação dos hospitais que monitorizam as INCS, observando-se uma diminuição na Densidade de incidência desta infeção do ano de 2013 a 2017 de 2,5%, correspondendo a 1,18/1000 dias de internamento. Quanto à densidade de incidência de INCS associada ao CVC nas UCI portuguesas, que participam na Vigilância Epidemiológica (VE) na rede europeia do ECDC, também constata-se uma maior participação das instituições nesta monitorização e também uma redução de 30,77% no ano de 2017 face a 2013, (PPCIRA, 2018). São diversas as propostas de critérios para o diagnóstico deste tipo de infeção, incluindo a temperatura corporal, e análises laboratoriais básicas, como contagem celular e níveis de Proteína-C-reativa no sangue, juntamente com hemoculturas e análise microbiológica da ponta do CVC, (Frykholm et al 2014). Em Portugal, com base nas normas da Direção Geral da Saúde (DGS), para diagnóstico deste tipo de IACS são utilizados critérios clínicos e laboratoriais, definindo Infecção da Corrente Sanguínea Associada a Cateter quando existe pelo menos uma hemocultura positiva obtida através de veia periférica, ponta de CVC colonizada com o mesmo microrganismo encontrado na(s) hemoculturas e manifestações clínicas de infeção (febre, arrepios e/ou hipotensão) e sem a presença aparente de outras fontes de infeção (PNCI, 2006).

A dimensão do hospital, os serviços/unidades e tipo de cateter podem influenciar consideravelmente as taxas de INCS relacionada com cateter, bem como fatores de risco intrínseco dos doentes, tais como tipo e gravidade da doença (grande queimado, cirurgia cardíaca), assim como os parâmetros relacionados com o catéter, nomeadamente as condições em que foram colocados (i.e; electiva versus urgente) e o tipo de catéter (i.e; tunelizáveis versus percutâneos) ou o local de colocação (i.e; veia subclávia versus veia jugular), (PNCI, 2006). A colonização do CVC por microrganismos pode ter origem na microflora da pele do doente, levando à contaminação deste dispositivo no momento da inserção, ou através das mãos dos profissionais de saúde, que durante as manipulações do cateter contribuem para a sua contaminação. Outras causas, menos comuns, são a administração de infusões endovenosas contaminadas ou a via hematogénea, (Loveday et al, 2014). De acordo com Hentrich et al (2014) quando o uso do CVC é inferior a 14 dias, o mecanismo da infeção está relacionado com a contaminação da zona extraluminal do CVC, com a subsequente proliferação de microrganismos ao longo do trajeto exterior do cateter, enquanto, nos casos em que o doente está exposto ao CVC mais do que 14 dias, a porta de entrada dos microrganismos será a via intraluminal. Estes autores descrevem que em menos de 24 horas, após a inserção do CVC, forma-se um biofilme na parede interior, composto por substâncias como polissacarídeos e fibrina, que conferem um meio óptimo para a proliferação de bactérias, servindo, ao mesmo tempo, como

cápsula de proteção destas contra a ação de mecanismos de defesa ou da antibioterapia, (Hentrich et al, 2014). Os depósitos de microcristais, provenientes dos “flushes” de solução salina ou o microtrauma, resultante do momento de inserção do CVC, que promovem a formação de pequenos trombos na ponta intravascular do cateter, são designados como possíveis habitats de proliferação bacteriana, (Hentrich et al, 2014).

A Infecção do Trato Urinário (ITU), outro tipo de IACS, também está fortemente associada ao uso de dispositivo invasivo -o cateter vesical (CV). Laan et al (2017) afirmam que na generalidade dos hospitais cerca de 15-25% dos doentes são submetidos à cateterização vesical durante o internamento e que, no contexto hospitalar Ocidental, 40% de todas as infecções nosocomiais correspondem a ITU. O estudo de Prevalência das IACS e Uso de Antimicrobianos desenvolvido pelo ECDC, no período 2016-2017 (no qual Portugal é participante), descreve a ITU como a segunda IACS mais prevalente, correspondendo a 18,9% dos casos de IACS em hospitais de agudos, (Suetens et al, 2019). Halm (2014) descreve que nas UCI a prevalência no uso de cateter vesical é significativamente mais elevada (67%-76%) em relação a outras unidades (16%-33%). O Relatório Epidemiológico Anual do ECDC, referente às IACS adquiridas nas UCI (43 UCI Portuguesas participaram nesta VE), no ano de 2017, reporta um total de 1274 casos de ITU, correspondendo, em média a cerca de 2% dos doentes admitidos em UCI, num período superior a dois dias e 97,9% dos casos foram associados ao uso de cateter urinário, (Suetens et al, 2019).

Os cateteres vesicais aumentam o risco para a infecção, na medida em que os mecanismos de defesa do doente, como a mucosa uretral e micção vão ser anulados, permitindo aos microrganismos deslocarem-se até à bexiga sem barreiras, (Loveday et al, 2014). A via intra-luminal e extra-luminal funcionam como vias de acesso dos microrganismos até ao trato urinário, no primeiro caso a contaminação acontece devido ao refluxo de urina de um reservatório de drenagem contaminado, enquanto no segundo caso a colonização acontece no momento da inserção do cateter através das mãos do profissional de saúde ou a partir da flora perineal do hospedeiro, (Loveday et al, 2014). Com base em vários estudos, é evidente que o risco de infecção depende do método e duração da cateterização, da qualidade dos cuidados prestados, e a susceptibilidade do indivíduo. Pina et al (2010) referem que por cada dia de algáliação, o risco de infecção aumenta em 3 a 10%, e ao fim de 30 dias aproxima-se dos 100%.

As UCI são reconhecidas pelo maior risco dos doentes adquirirem uma IACS, associada à gravidade da sua situação clínica, mas também à exposição a diversos dispositivos/procedimentos invasivos. Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidas várias iniciativas, com o objetivo de definirem as melhores estratégias para a prevenção das IACS, mais especificamente aquelas associadas ao uso de dispositivos invasivos, como o TET, o CVC e o CV. Pina et al (2010) salientam que o fato deste tipo de infecções, serem exógenas, ou seja, originam-se na introdução/implantação de microrganismos provenientes das mãos dos profissionais, material ou equipamento contaminado, “serão por definição, evitáveis”.

Na comunidade científica, a nível internacional, constata-se que a aplicação de normas/medidas preventivas como um conjunto, ou seja, como uma “*Bundle*” é mais efetiva e com melhores resultados na prevenção das IACS, em vez da aplicação das mesmas medidas de forma isolada. Rello et al (2010) definem “*Bundle*” como um conjunto de intervenções chave com fundamentação na evidência científica, que quando aplicadas na prática conduzem a uma melhoria dos resultados. Os mesmos autores explicam que os principais objetivos da “*Bundle*” consistem na mudança do processo do cuidar do doente crítico e na melhoria da adesão às respetivas medidas preventivas, (Rello et al, 2010).

Um dos exemplos de “*Bundle*” mais referenciados em diversos estudos que abordam esta temática e mais aplicados nas UCI a nível internacional e nacional, é aquela desenvolvida em 2005 e atualizada em 2010 pelo Institute Healthcare Improvement (IHI) no âmbito da “*5 Million Lives Campaign*”. Esta “*Bundle*” consiste na aplicação de medidas preventivas, baseadas em evidência científica (revisões sistemáticas de estudos randomizados controlados), aplicadas em conjunto, a todos os doentes submetidos a dispositivos invasivos, com o objetivo de diminuir as taxas de incidência de infecções associadas aos mesmos, nas UCI norte-americanas, (IHI, 2007). Por outro lado, a sua aplicação tem maior sucesso quando todas as suas medidas são executadas em conjunto, baseadas na estratégia “*all-or-none*”, (IHI, 2007). A dinâmica de trabalho das equipas tem que sofrer mudanças, no sentido da melhoria da comunicação entre os seus elementos, tornando-se mais efetiva, sendo essencial uma discussão e revisão multidisciplinar, diária dos objetivos e das estratégias do plano terapêutico definido, (Pina et al 2010). Estes autores também descrevem que esta metodologia de trabalho está fortemente associada à educação, formação de equipas de qualidade, monitorização do cumprimento das intervenções e a informação de retorno sobre o desempenho dos profissionais, (Pina et al 2010).

A nível Europeu, também foram desenvolvidas estratégias de prevenção das IACS, com base na metodologia de “*Care Bundles*”, um dos exemplos é a “*Bundle*” desenvolvida pelo National Services Scotland (NHS) em 2008. Foi com base nestes trabalhos científicos que, por sua vez, foram escolhidas as medidas integrantes da “*Bundle*” de prevenção da infecção respiratória associada à ventilação da UCIP do Centro Hospitalar objeto do presente estudo. Este conjunto de medidas engloba: a verificação regular da pressão do Cuff, mantendo entre os 20-30mmHg, a elevação da cabeceira da cama superior ou igual a 30°, a realização da higiene oral três vezes ao dia com aplicação de Clorhexidina, o desmame da sedação e da ventilação precoce. Este projeto teve início na sua aplicação no ano de 2012.

Entretanto no ano 2015, em Portugal foram desenvolvidos pela DGS os “*Feixes de intervenções*”, que correspondem a um conjunto de medidas (“*Bundle*”) para a prevenção de IACS associadas a dispositivos/procedimentos invasivos. Dos quais salientam-se os “*Feixes de intervenções*” de Prevenção de: Pneumonia Associada à Intubação (Norma N°21/2015), Infecção Relacionada com

Cateter Venoso Central (Norma Nº22/2015) e Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical (Norma Nº19/2015). O objetivo dos “Feixes” consiste em assegurar que os doentes sejam submetidos aos melhores cuidados, baseados na evidência científica, de uma forma consistente, (DGS, 2015). Este conjunto de intervenções, deve ser implementado de forma integrada e em grupo, promovendo melhores resultados, com maior impacto do que a aplicação de cada uma destas intervenções individualmente, (DGS,2015). Outro aspeto importante do “Feixe de Intervenções” consiste na realização da Vigilância Epidemiológica relativa às IACS associadas à intubação, ao CVC e ao CV, e também a auditoria da adesão dos profissionais ao conjunto destas medidas, (DGS, 2015).

Apesar dos objetivos das recomendações de prevenção das IACS serem claros e baseados na evidência científica, a sua implementação na prática clínica diária demonstra uma certa heterogeneidade, o que influencia a sua execução e impossibilita os melhores resultados (Park, S.,Ko, S., Na, H., Bang, J, & Chung, W., 2017). Estes autores constataam que é importante existir uma coordenação consistente de diversos fatores, como: adequar as estratégias de implementação das recomendações à realidade de cada instituição/localidade/país, existirem sistemas de apoio financeiro, sensibilizar os órgãos de gestão para a promoção de uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados no seio da instituição e, fomentar a formação adequada e contínua dos profissionais de saúde, (Park et al 2017).

Perante uma IACS, para além da implementação de critérios de diagnóstico objetivos e claros, também são essenciais algumas intervenções para o tratamento dessa infecção. Pina et al (2010) descrevem que a estratégia adequada de tratamento das IACS deve basear-se na identificação do foco infeccioso, na colheita de produtos biológicos para exame microbiológico (no caso da INCS associada ao CVC, é importante a análise da ponta do cateter), no controlo do foco (pode envolver a necessidade de procedimentos cirúrgicos) e início precoce de antibioterapia, em doses adequadas e com espectro de cobertura amplo, com posterior descalação, direcionada para as sensibilidades do agente causal.

O uso de antimicrobianos constitui nos dias de hoje uma questão central junto da comunidade científica e das instituições de saúde, na medida em que o uso excessivo e, por vezes desnecessário destes fármacos está diretamente relacionado com o aumento das resistências aos antimicrobianos (O’Neil, 2016). Este autor refere que quanto maior o uso de antimicrobianos, maior será a resistência desenvolvida pelos microrganismos, sendo importante a redução no seu consumo, salvaguardando a eficácia dos fármacos já existentes e diminuindo a necessidade da produção de novos antimicrobianos, com maior poder de ação, (O’Neil,2016). O PPCIRA (2017), explica que o aumento das taxas de resistência significa que, na presença de uma infecção, é maior a probabilidade do microrganismo responsável ser resistente aos antibióticos normalmente utilizados, obrigando à utilização de fármacos de espectro mais alargado, que por sua vez é potenciador de novas resistências. Este autor refere também que inverter esta tendência deve ser uma prioridade, não só na área da saúde humana, mas em todos os contextos que recorrem ao uso de antibióticos, como no caso da pecuária e saúde animal, (PPCIRA, 2017).

De acordo com Pina et al (2010) a questão da multirresistência aos antimicrobianos surgiu na década de 60 a 80 do Séc. XX, com as enterobactérias e a *Pseudomonas*. Nos dias de hoje a investigação científica reconhece microrganismos como *Staphylococcus aureus* Metilino-Resistente (MRSA), enterococcus vancomicina-resistentes (VRE) e os Gram-negativos produtores de beta-lactamases de largo espectro (ESBL) como os protagonistas desta problemática, que assume grande importância na medicina intensiva, pois estes estão associados a IACS da corrente sanguínea, respiratórias, do trato urinário, local cirúrgico, pele e tecidos moles, tendo um potencial epidémico significativo, (Pina et al 2010). Estes autores explicam que o fenómeno da resistência das bactérias aos antimicrobianos surge no decorrer do processo da luta pela sobrevivência das espécies e que se manifesta de duas formas: pela capacidade de sofrer mutações (pressão seletiva afetada pelas práticas na prescrição de antibióticos) e pela troca de informação genética entre espécies bacterianas (transmissão cruzada), (Pina et al, 2010). Róžańska. et al (2017) referem que o rápido aumento da resistência de bactérias como o *Staphylococcus e bacilos Gram-negativos* é um problema central no seio das instituições de saúde, afeta significativamente a eficácia dos tratamentos disponíveis para as IACS, especialmente nos doentes com infeções severas admitidos nas UCI.

Os MMR são microrganismos, maioritariamente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos, (CDC, 2017). As infeções por MMR manifestam-se de forma semelhante àquelas provocadas por microrganismos sensíveis, no entanto a escassez das opções terapêuticas complica a abordagem no tratamento das mesmas. Constatando-se um aumento nos tempos de internamento e custos, bem como taxas de morbi-mortalidade significativas, (CDC, 2017).

O CDC (2017) explica que, a partir do momento que este tipo de MMR, integram o ambiente de uma instituição de saúde, a transmissão e a persistência no nível de resistência irá depender: da vulnerabilidade dos doentes, da pressão seletiva exercida pelo uso de antimicrobianos, da probabilidade da transmissão (que depende do número de doentes colonizados ou infetados) e do impacto da implementação e adesão às medidas de prevenção. Nesta medida, é essencial a identificação daqueles doentes que correm maior risco para a colonização ou infeção por MMR. Pina et al (2010) descrevem alguns critérios que permitem a avaliação do risco/suscetibilidade para este tipo de infeções: antibioterapia prévia, imunossupressão, internamento recente/ou prolongado (superior a 2 dias nos 90 dias precedentes), permanência em lares ou doentes sujeitos a plano de hemodiálise não domiciliária.

Em Portugal, no ano de 2013 foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, surge como uma extensão da DGS às Unidades de saúde, com o intuito de dar uma resposta integrada na abordagem de ambos

problemas, (PPCIRA, 2018). Este Programa tem como base de ação três grandes pilares: a prevenção e controlo da Infecção com base na implementação de boas práticas através das Precauções Básicas Controlo da Infecção e as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão dos Microrganismos; a redução da emergência de resistências aos antimicrobianos (RAM), reduzindo e monitorizando o seu consumo; a Vigilância Epidemiológica, que possibilita a monitorização das boas práticas, as IACS e as RAM, planeando intervenções de melhoria, (PPCIRA, 2018).

A evidência científica sugere que as mãos dos profissionais de saúde são o fator determinante para a transmissão destes MMR de uma pessoa para a outra, durante o processo da prestação de cuidados ou pelo contacto com superfícies contaminadas inerentes ao ambiente onde está alocado o doente, (CDC, 2017).

As principais medidas de prevenção das IACS devem fundamentar-se num conjunto de estratégias que englobam intervenções simples como a higiene das mãos, a limpeza e desinfeção das superfícies/equipamentos, a utilização adequada de Equipamentos de Proteção Individual. Mas também devem incidir na contenção dos microrganismos epidemiologicamente importantes através de medidas baseadas nas vias de transmissão, acautelando o isolamento dos doentes colonizados/infetados com este tipo de microrganismos. Róžańska et al (2017) referem que a limpeza e a desinfeção ambiental têm influência significativa no controlo das IACS por MRSA. Compreender os mecanismos de resistência destes microrganismos, permite não só a criação de novos fármacos para o tratamento deste tipo de infeções, mas também a identificação de novas substâncias utilizadas no desenvolvimento de desinfetantes ou de materiais utilizados durante os cuidados de saúde, (Róžańska et al, 2017). Estes autores, no seu estudo concluíram que um terço das amostras de *Staphylococcus* colhidas das superfícies das diversas unidades hospitalares, revelaram a presença da capacidade de produzir biofilme, o que sugere ser a causa da contaminação do ambiente hospitalar por esta bactéria, e por outro lado, concluíram que as superfícies de contacto compostas por liga de cobre podem ter um papel importante na redução da proliferação de bactérias no ambiente hospitalar (Róžańska et al, 2017).

Um programa global de controlo de IACS deve abranger não só as áreas de prestação direta de cuidados, mas também as áreas de apoio e orientado por três vertentes: vigilância epidemiológica de estruturas, procedimentos e resultados (é importante cada instituição conhecer os riscos para a infeção, e quais os MMR mais prevalentes), recomendações de boas práticas (uso adequados de antimicrobianos, limpeza/desinfeção ambiental e de equipamentos, serviços hoteleiros,...) e formação contínua dos profissionais em função das necessidades identificadas, (Pina et al 2010).

Decorrente do exposto o estudo procura responder à seguinte questão de investigação:

- Qual o padrão de infeção e de antibioterapia mais prevalente na UCIP?

Em articulação definiram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as IACS associadas ao uso de dispositivos invasivos (TET, CVC e CV) adquiridas na UCIP;
- Calcular as Taxas de Incidência e a Densidade de Incidência das IACS relacionadas com o uso de TET, do CVC e do CV, na UCIP;
- Calcular as Taxas de Exposição aos dispositivos invasivos TET, CVC e CV, na UCIP;
- Descrever a tipologia de microrganismos existentes na UCIP;
- Identificar os antimicrobianos mais prescritos na UCIP.

2. MÉTODOS

O estudo equacionado para esta investigação engloba os métodos de *análise quantitativa*, garantindo a precisão dos resultados; insere-se no tipo de *investigação não experimental*, pois não se manipularam as variáveis em estudo; é um estudo, *descritivo e analítico* porque, visa descrever a amostra alvo deste estudo quanto ao padrão de Infecção no momento da admissão na UCIP e uso de antimicrobianos prévio a esse momento. Caracteriza também as IACS diagnosticadas durante o internamento na UCIP, a exposição aos dispositivos invasivos (TET, CVC, Catéter urinário), os microrganismos identificados e a antibioterapia utilizada. É *transversal*, pois a colheita de dados decorreu num curto período de tempo.

Este artigo visa descrever diversos aspetos intrínsecos ao doente crítico, submetido a ventilação mecânica, em contexto de cuidados intensivos, abordando essencialmente uma das complicações mais graves consequente desta condição que são as IACS, bem como os microrganismos envolvidos e antimicrobianos utilizados.

2.1 Amostra

A população alvo incidu sobre os doentes internados em UCI de um Centro Hospitalar, submetidos a ventilação mecânica e de forma retrospectiva foram analisados os registos clínicos correspondentes a um período de 6 meses situado entre, 1 de Julho a 31 de Dezembro, dos anos 2010, 2011 e 2012. A escolha deste período residiu na tentativa de procurar amostras similares, suportada na semelhança do tipo de doentes admitidos nas épocas dos anos em estudo.

O estudo teve por base, uma amostra não probabilística, acidental, constituída por 162 adultos de ambos os géneros, internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de um Centro Hospitalar Central da zona Centro de Portugal, no período descrito anteriormente.

A UCIP é uma unidade mista, admite doentes do foro médico e cirúrgico, com uma ocupação total de 8 camas. Dos doentes admitidos a percentagem dos que são submetidos a ventilação mecânica é superior a 80%. Integra 40 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais). O “ratio” enfermeiro/doente é 1:2, sem alterações nos três turnos de 8 horas (manhã 8-16h; tarde 16-24h e noite 0-8h), nas 24 horas existe sempre um médico em presença física. Durante o desenrolar deste estudo a UCIP não sofreu alterações na sua estrutura física ou organizacional.

A amostra constituída por 162 doentes críticos internados em cuidados intensivos com idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, com uma média de idades de 64.34 anos (DP=15.151) e com uma distribuição moderada em torno da média (CV=23.55%). O sexo feminino apresenta uma ordenação média sugestiva de uma idade superior, comparativamente com o sexo masculino, (OM=87.09 vs OM=79.61), no entanto sem significância estatística (U=2251.5; Z=-0.883; p=0.377).

A idade foi recodificada em quatro grupos homogêneos, verificando-se que é no grupo etário dos 69 aos 76 anos que os homens estão mais representados face as mulheres (29.0% vs 19.5%), por sua vez nas mulheres o grupo etário mais representativo é o dos 77 aos 88 anos com 29.3%, ($\chi^2=2.349$; p=0.503), (cf. Tabela 1)

Tabela 1 - Caracterização da idade por grupo etário dos doentes em função do género

Variáveis	Género				Total		Residuais	
	Masculino		Feminino					
	n	%	n	%	N	%	Masc	Fem
Grupo etário								
Dos 18 anos aos 54 anos	32	26,4	10	24,4	42	26,0	0,3	-0,3
Dos 55 anos aos 68 anos	30	24,8	11	26,8	41	25,3	-0,3	0,3
Dos 69 anos aos 76 anos	35	29,0	8	19,5	43	26,5	1,2	-1,2
Dos 77 anos aos 88 anos	24	19,8	12	29,3	36	22,2	-1,3	1,3

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A colheita de dados foi efetuada no período de Julho de 2012 a Julho de 2013, tendo por base os processos clínicos dos doentes internados na UCIP nos períodos de 1 de Julho a 31 de Dezembro de 2010, 2011 e 2012.

A colheita de dados foi suportada numa Grelha Clínica de Cunha e Coelho (2012), construída para o efeito, na qual foram registados os dados relativos aos doentes internados na UCIP, nos períodos descritos anteriormente, e que respeitavam os critérios de inclusão no estudo.

Esta grelha divide-se em 2 partes:

1. Caracterização Geral: Refere-se à caracterização dos doentes internados na UCIP, nomeadamente em termos de género, idade, tempo de internamento hospitalar antes da admissão nos cuidados intensivos e tempo de internamento na UCIP, proveniência, motivo admissão, encaminhamento e alta clínica.

2. Caracterização do padrão da infecção e antibioterapia, corresponde ao levantamento de dados acerca da exposição a dispositivos invasivos como TET e ventilador, o CVC, o cateter urinário, a presença de infecção na admissão na UCIP, a existência de antibioterapia prévia ao internamento nesta unidade, diagnóstico de IACS, antibioterapia instituída para o tratamento dessas infeções e o microrganismo responsável.

2.3 Critérios de Inclusão

Como critérios de inclusão dos participantes no estudo definiu-se estar internado na UCIP, submetido a ventilação mecânica num período superior ou igual a 48 horas, com internamento no serviço superior ou igual a 72 horas. De um total de 361 doentes admitidos na UCIP nos últimos semestres de 2010, 2011 e 2012, foram excluídos do estudo 199 doentes por não apresentarem estes critérios.

2.4 Procedimentos

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ESSV, e o procedimento de recolha de dados foi autorizado pelo Concelho de Administração da Instituição selecionada.

Para a caracterização e descrição da amostra utilizou-se o programa *Statiscal Package Social Science 19* para o Windows, o *Excel* e *Word Microsoft*.

Com o intuito de descrever as principais características dos participantes e examinar a distribuição dos valores das principais variáveis, a análise descritiva dos dados utiliza as seguintes medidas: **Frequências** absolutas (n) e percentuais (%); **Medidas de tendência central:** Médias (\bar{x}) e **Medidas de dispersão ou variabilidade:** Desvio padrão (DP) e Coeficiente de variação (CV).

Foram calculados indicadores importantes no contexto das infeções associadas a dispositivos invasivos, nomeadamente a Densidade da IACS (correlacionando o número de IACS-pneumonia associada à ventilação/entubação ou infeção da corrente sanguínea associada ao CVC ou infeção do trato urinário associada ao cateter vesical) com o número de dias de utilização do dispositivo invasivo) e a Taxa de Exposição ao fator de risco (ventilador e TET; CVC e cateter vesical). Estes indicadores foram calculados com base nas seguintes fórmulas:

a) *Fórmula para o cálculo da Densidade de IACS, (CDC,2013)*

$$\frac{\text{Nº de Infeções Associadas ao dispositivo invasivo}}{\text{Nº de dias de utilização do dispositivo}} \times 1000 \text{ dias de dispositivo}$$

b) *Fórmula para o cálculo da Taxa de Exposição aos dispositivos invasivos, (CDC,2013)*

$$\frac{\text{Nº de dias de utilização do dispositivo}}{\text{Nº de dias totais de internamento na UCI}}$$

3. RESULTADOS

As variáveis referentes às condições de admissão e alta na UCIP correspondem ao *tempo de internamento hospitalar no Centro Hospitalar antes da admissão na UCIP, tempo de internamento na UCIP, proveniência, o motivo de admissão e o encaminhamento e alta.*

A análise do tempo de internamento hospitalar no Centro Hospitalar antes da admissão na UCIP, mostra que o tempo médio foi de 4,47 dias (DP = 7.290), variou entre 0 dias e um máximo de 50 dias.

Quanto ao tempo total de internamento na UCIP, ao longo dos últimos semestres dos três anos em estudo verificou-se que em 2010 foi de 896 dias, no ano de 2011 foi de 766 e em 2012 correspondeu a total de 571 dias, correspondendo a um total de 2233 dias de internamento. O tempo médio de internamento na UCIP foi de aproximadamente 14 dias (DP=12.080), variando entre mínimo de 3 dias e um máximo de 71 dias, apresentando uma dispersão elevada em torno da média (CV=87.66%), (cf. Tabela 2). No período em estudo não existe diferença significativa no tempo médio de internamento prévio à UCIP, bem como no tempo de internamento nesta unidade, entre homens e mulheres (p>0.05), (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Estatísticas relativas ao tempo de internamento no Centro Hospitalar, antes da admissão na UCIP, e do tempo de internamento na UCIP em função do género

	n	Tempo			Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
		Min	Max	\bar{X}						
Internamento hospitalar antes da admissão na UCIP										
Masculino	121	0	50	4,46	7,786	16,395	37,633	174,57	78,74	U=2147,0; Z=-1,305; p=0,192
Feminino	41	0	24	4,49	5,662	6,292	7,715	126,10	89,63	
Total	162	0	50	4,47	7,290	18,429	43,108	163,09		
Internamento na UCIP										
Masculino	121	3	71	13,81	12,084	11,713	18,050	87,51	82,74	U=2331,0; Z=-0,577; p=0,564
Feminino	41	3	57	13,71	12,219	5,130	5,312	89,12	77,85	
Total	162	3	71	13,78	12,080	12,476	17,604	87,66		

Nota. O tempo de internamento corresponde à contabilização em dias. UCIP-Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Relativamente à *Proveniência dos doentes*, a maioria é admitida na UCIP através de outro serviço do hospital (35.8.0%), com patologia médica (53,1%). O Bloco operatório (35.2%) e o serviço de urgência (26.5%) são outros serviços de proveniência dos doentes críticos, em que 42,6% dos doentes são admitidos com patologia cirúrgica, e somente 4,3% são doentes vítimas de Trauma/Intoxicação. Quanto ao encaminhamento e alta dos doentes, 75.9% tem alta clínica dos cuidados intensivos para outro serviço do Centro Hospitalar, 6.2% tem alta clínica para outro hospital e 17.9% acabam por falecer nos cuidados intensivos, (cf. Tabela 3).

O valor residual revela que as diferenças entre homens e mulheres não são significativas em relação às variáveis analisadas, (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização quanto às condições de admissão e alta em função do género

Variáveis	Género				Total		Residuais	
	Masculino		Feminino		N	%	Masc	Fem
	n	%	n	%				
Proveniência								
Serviço de Urgência (Comunidade)	36	29,8	7	17,1	43	26,5	1,6	-1,6
Bloco Operatório	41	33,9	16	39,0	57	35,2	-0,6	0,6
Outro Serviço do CH	40	33,1	18	44,0	58	35,8	-1,3	1,3
Outro Hospital	4	3,2	0	0,0	4	2,5	Não aplicável	
Motivo Admissão								
Patologia Médica	65	53,7	21	51,2	86	53,1	0,3	-0,3
Patologia Cirúrgica	49	40,5	20	48,8	69	42,6	-0,9	0,9
Trauma\Intoxicação	7	5,8	0	0,0	7	4,3	Não aplicável	
Encaminhamento e Alta								
Falecido	20	16,5	9	22,0	29	17,9	-0,8	0,8
Alta para outro Hospital	92	76,0	31	75,6	123	75,9	1,1	-1,1
Alta para outro serviço	9	7,5	1	2,4	10	6,2	Não aplicável	

Nota. CH=Centro Hospitalar

• Padrão das Infecções e antibioterapia

A avaliação da situação dos doentes face à problemática da infeção prévia à admissão na UCIP e às IACS adquiridas durante o internamento nesta unidade corresponde por isso ao estudo de variáveis como *infeção antes do internamento na UCIP* e à *antibioterapia prévia* à admissão nesta unidade, às *IACS adquiridas na UCIP*, incluindo o estudo da IRUV, os *microrganismos responsáveis* e a *antibioterapia* instituída. E também inclui o estudo sobre a exposição dos doentes internados na UCIP a *dispositivos invasivos*, como o TET e ventilador, CVC e cateter urinário.

• Infeção e Antibioterapia prévia à admissão na UCIP

A análise de dados clínicos relacionados com a presença ou não de *infeção dos doentes antes de serem admitidos na UCIP* revelou que a maioria já apresentava infeção (54.9%), sendo mais frequentes a infeção respiratória (pneumonia) (38.2%) e a infeção cirúrgica (28.1%). Observou-se que 86.5% dos doentes admitidos na UCIP foram submetidos previamente a antibioterapia, de forma empírica (84.8%) e durante 1 a 7 dias (74.1%), (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização da infeção dos doentes e administração de antibioterapia prévias à admissão na UCIP

Variáveis	Total	
	n	%
Presença de Infeção antes da admissão na UCIP		
Não	73	45,1
Sim	89	54,9
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=1,276$; $p=0,528$		
Tipo de infeção		
Pneumonia	34	38,2
Bacteriémia	3	3,4
Infeção cirúrgica	25	28,1
Pneumonia e Infeção cirúrgica	14	15,7
Outra	13	14,6
Uso de antibioterapia antes da admissão na UCIP		
Não	12	13,5
Sim	77	86,5
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,749$; $p=0,253$ 86,5		
Tipo de antibioterapia		
Empírica	67	84,8
Profílica	8	10,1

Variáveis	Total	
	n	%
Dirigida	4	5,1
Res		
Dias de administração de antibiótico		Não aplicável
Toma única	15	18,5
Res		
De 1 a 7 dias	60	74,1
Res		
8 ou mais dias	6	7,4
Res		Não aplicável

Nota, Res= Valores Residuais

• IACS adquiridas durante o internamento na UCIP

Os dados presentes na Tabela 5 são relativos à caracterização das IACS adquiridas durante o internamento na UCIP. Desta forma observou-se que apenas 26 doentes adquiriram infecção associada a dispositivos invasivos (16.0%). A maioria das infeções é do sistema respiratório (69.2%), as restantes correspondem à INCS associada ao CVC e à ITU associada ao CV, que surgiram em igual número, 15,4% cada, com Densidade de Infecção¹ de 2.25/1000 dias de CVC e 1,82/1000 dias de CV, respectivamente. Os microrganismos mais frequentes identificados foram o *Staphylococcus aureus* metilino-resistente (MRSA) (45.8%) e a *Escherichia coli* (12.4%). A antibioterapia foi aplicada em 96.2% dos doentes, na sua maioria entre 1 e 7 dias (69.2%) e foi usada de forma dirigida ao tipo de microrganismo responsável pela infecção (65.2%). Não se observaram diferenças significativas em relação ao ano de internamento, sendo os valores semelhantes entre os três anos, (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) adquiridas na UCIP e administração de antibioterapia

Variáveis	Total	
	n	%
Presença de IACS		
Não	136	84,0
Sim	26	16,0
Tipo de IACS		Teste Qui-Quadrado; $\chi^2=0,942$; $p=0,624$
Respiratória	18	69,2
Corrente sanguínea	4	15,4
Urinária	4	15,4
Microrganismo Responsável		
MRSA	11	45,8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	4,2
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	4,2
<i>Escherichia coli</i>	3	12,4
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	4,2
<i>Enterococcus fecalis</i>	1	4,2
<i>Enterobacter aeruginasas</i>	2	8,4
MRSA + <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	4,2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> + <i>Serratia</i>	1	4,2
<i>Klebsiella pneumoniae</i> + <i>Candida</i>	1	4,2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Escherichia coli</i> e <i>Candida</i>	1	4,2
Administração de antibioterapia		
Não	1	3,8
Sim	25	96,2
Tipo de antibioterapia		
Empírico	15	65,2
Res		
Dirigido	8	34,8
Res		
Número de dias de antibioterapia		
De 1 a 7 dias	18	69,2
Res		
8 ou mais dias	8	30,8
Res		

Nota, IACS=Infecção Associada aos Cuidados de Saúde; MRSA=*Staphylococcus aureus* metilino-resistente; Res=Valores residuais

¹ Densidade da Infecção Associada a Dispositivo consiste na razão entre o número total de infeções e o número total de dias de utilização do dispositivo invasivo, multiplicando por 1000 dias da utilização do mesmo, (CDC,2013).

- **Infecção Respiratória Associada à Ventilação, tempo de diagnóstico, microrganismo causal, antibioterapia e densidades da infecção**

Ao analisar os dados das IACS adquiridas na UCIP, verificou-se que a Infecção Respiratória Associada à Ventilação é a mais incidente e por essa razão considerou-se pertinente fazer uma análise mais aprofundada de alguns dados.

Analisou-se o tempo (em dias) decorrido desde a exposição do doente ao TET e ventilação mecânica invasiva até ao diagnóstico da IRAV. Verificou-se que o diagnóstico da infecção respiratória foi na sua maioria superior a cinco dias (72.2%), (cf. Tabela 6). Ao calcular a Densidade da IRAV² verificou-se que na amostra global esse valor foi 10,5/1000 dias de ventilação. Em metade dos doentes com infecção respiratória o agente causal foi o microrganismo MRSA e em 12.4% foi a *Escherichia coli*, observando-se uma distribuição semelhante em relação aos microrganismos responsáveis pela IRAV nos três anos em estudo, (cf. Tabela 6).

Quanto à antibioterapia instituída para o tratamento da IRAV, verificou-se que o meropenem foi o antimicrobiano mais utilizado (21,7%), seguido pela piperacilina + tazobactam (19,7%) e pela vancomicina (15,2%). Adicionalmente o antimicrobiano mais utilizado como terapia empírica é o meropenem, (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização do tempo de diagnóstico da infecção Respiratória Associada à Ventilação na UCIP, microrganismo responsável e antibioterapia

	Total		
	n	%	
Tempo de diagnóstico na UCIP			
Até aos 4 dias	5	27,8	
Cinco dias ou mais	13	72,2	
Microrganismo			
MRSA	8	50,0	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	6,2	
<i>Haemophils influenzae</i>	1	6,2	
<i>Escherichia coli</i>	2	12,4	
<i>Enterobacter aeruginosa</i>	1	6,2	
MRSA + <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	6,2	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> + <i>Serratia</i>	1	6,2	
<i>Klebsiella pneumoniae</i> + <i>Candida</i>	1	6,2	
Antibióterápia	E	D	
Amoxicilina + ácido clavulânico	4	1	10,9
Ceftriaxone		3	6,5
Cefuroxime		3	6,5
Flucloxacilina		3	6,5
Meropenem	9	1	21,7
Piperacilina + Tazobactam	6	3	19,7
Vancomicina	4	3	15,2
Outros	-	6	13,0
Total	23	23	100,0

Nota, MRSA = *Staphylococcus aureus* metilino-resistente, E=antibióterápia empírica, D=antibióterápia dirigida, **outros** corresponde aos antimicrobianos como a ampicilina, amicacina, ciprofloxacina, linezolid e tigeciclina.

- **Dispositivos invasivos e tempo de exposição**

Na amostra calculou-se um total de 1717 dias de ventilação mecânica, constatou-se que o tempo médio de *exposição à ventilação mecânica invasiva* variou entre o mínimo de dois dias e um máximo de 56 dias, com um valor médio de cerca de 11 dias (DP=10.136), com uma dispersão elevada em torno da média (CV=95.1). A Taxa de Exposição³ ao ventilador na amostra corresponde a 0,76.

O *tempo de exposição total ao TET* da amostra correspondeu a 1828 dias, verificou-se que em média os doentes estiveram expostos a este dispositivo cerca de 11 dias, variando entre 2 dias e 71 dias de utilização deste dispositivo, correspondendo a uma Taxa de Exposição de 0,81.

A análise relativa à utilização de *dispositivos invasivos* para além do TET evidencia que em média os doentes mantiveram, o cateter venoso central cerca de 12 dias (DP=9.469) e o cateter vesical cerca de 13 dias (DP=11,923, (cf. Tabela 7). O tempo total que os doentes da UCIP foram submetidos ao CVC correspondeu a 1773 dias, o que equivale a uma Taxa de Exposição de 0,79, enquanto que o CV foi utilizado num total de 2190 dias, significando uma Taxa de Exposição a este dispositivo de 0,98.

² Densidade da IRAV consiste na razão entre o número total de infeções respiratórias e o número total de dias de utilização do dispositivo invasivo por 1000 dias de ventilação, (CDC,2013).

³ A taxa de exposição ao dispositivo invasivo (TET, VM, CVC e CV) consiste na razão entre o total de dias de utilização do dispositivo e o total de dias de internamento na UCIP (CDC, 2013).

Tabela 7 - Estatísticas relativas tempo (em dias) de exposição a dispositivos invasivos durante o internamento na UCIP

Dispositivos Invasivos	n	Tempo		\bar{X}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
		Min	Max					
VM	162	2	56	10,66	10,136	11,801	15,437	95,1
TET	162	2	71	11,32	11,162	12,942	19,721	98,6
CVC	148	2	66	11,76	9,469	12,557	23,527	80,5
CV	162	3	65	13,60	11,923	12,151	16,084	87,6

Nota,VM=ventilação Mecânica; TET=Tubo endotraqueal; CVC= Cateter Venoso Central; CV=Cateter Vesical; Tempo corresponde aos dias de exposição ao dispositivo.

4. DISCUSSÃO

A temática central deste estudo é a infeção, mais especificamente as IACS, associadas ao uso de dispositivos invasivos, como o TET e Ventilação Mecânica, CVC e CV, bem como os microrganismos envolvidos e antimicrobianos utilizados, em contexto de cuidados intensivos.

As IACS são uma das complicações mais comuns e preocupantes que podem afetar a pessoa quando admitida numa unidade hospitalar ou outra instituição de saúde.

As IACS estão associadas a tempo de internamento hospitalar prolongado e taxas de morbilidade e mortalidade aumentadas, inflacionando também os custos a nível socioeconómico e familiar. Bonten

(2011) refere que as UCI são os serviços com maior probabilidade para a ocorrência de IACS e resistência à antibioterapia, sendo os profissionais de saúde confrontados com a gravidade do estado clínico dos doentes e com a sua susceptibilidade para a aquisição de IACS.

A IRAV é considerada a IACS mais comum nas UCI, estando associada a taxas de mortalidade que variam entre 20% a 70%, e quando causadas por microrganismos multirresistentes ou associadas ao uso de antibioterapia inadequada, os resultados são menos favoráveis, (Resende et al, 2013).

No Relatório Epidemiológico Anual do ECDC, com base nos dados de 2017, constatou-se que cerca de 8,3% (11787) dos doentes admitidos na UCI, por um período superior a dois dias, adquiriu pelo menos uma IACS em estudo (IRAV, INCS associada ao CVC e ITU associada ao CV), (ECDC, 2019). Também concluiu que 97% das pneumonias estavam associadas à intubação, 37% das INCS foram relacionadas com o uso de CVC e 98% das ITU foram associadas ao uso de cateter vesical, (ECDC, 2019).

Perante este cenário é essencial reduzir o uso de dispositivos invasivos para prevenir a infeção e minimizar a transmissão cruzada, (Bonten, 2011). A problemática da resistência aos antimicrobianos é superior nas UCI, maioritariamente associada à severidade da situação clínica dos doentes, ao uso frequente de antibióticos e à heterogeneidade na implementação das medidas de prevenção e controlo das IACS, (ECDC, 2019).

Este estudo inclui doentes internados numa UCIP, que pertence a um Centro Hospitalar da zona centro de Portugal, submetidos a ventilação mecânica num período superior ou igual a 48 horas, com três ou mais dias de internamento nesta unidade. Na amostra a idade média corresponde aos 64,31 anos. Os homens têm maior representatividade em relação às mulheres, corresponde a 74,7% dos doentes estudados, mas as mulheres apresentam em média idades mais elevadas. Diversos estudos que abordam esta temática, analisam várias características demográficas dos doentes intervenientes, e o género masculino, surge como dado de referência, e na sua maioria é aquele mais representado nos casos com IACS. No estudo quasi-experimental de Caserta et al (2012), realizado numa UCI médico-cirúrgica, numa amostra total de 5422 doentes, cerca de 58,2% pertenciam ao género masculino, em que a média de idades era superior aos 65 anos. Mais recentemente, no estudo observacional e prospectivo de Wang, L., Zhou, K-H., Chen, W., Yu, Y. & Feng, S-F. (2019), desenvolvido em UCI, no período de 2013-2015, constatou-se que na totalidade de 1347 doentes, 66,3% pertenciam ao género masculino e a média de idades correspondia a 58,6 anos (DP=17,1).

A UCIP admite doentes do foro médico e cirúrgico, é uma unidade mista. Nos anos em estudo verifica-se que a proveniência dos doentes, corresponde em grande parte a outro serviço do Centro Hospitalar (35,8%), seguida do Bloco Operatório com 35,2% dos doentes admitidos. Quanto aos motivos de admissão é maioritariamente devido a patologia médica (53,1%). A maioria dos doentes são transferidos com alta para outro serviço da referida unidade hospitalar (75,9%), sendo a taxa de mortalidade 17,9%. A WHO (2011) refere que os fatores de risco para as IACS dependem do tipo de instituição de saúde e o tipo de serviço onde é admitido o doente, em que a idade superior a 65 anos e o internamento numa UCI são descritos como fatores de risco mais comuns para a ocorrência de IACS.

Bonten (2011) explica que durante o internamento na UCI, muitos doentes passam por um período de imunodepressão induzido por uma patologia grave, muitos têm diversas co-morbilidades associadas à sua situação clínica grave e a maioria é submetido a dispositivos invasivos, como a entubação endotraqueal e dispositivos intravasculares, quebrando as barreiras de defesa naturais do hospedeiro.

Neste estudo verifica-se que a grande maioria dos doentes é submetido a outros dispositivos invasivos para além do TET e do ventilador. Nos três anos a totalidade dos doentes é submetido à algaliação vesical, bem como a grande maioria, 148 dos 162 doentes críticos em estudo (91,3%) foi sujeito à utilização de CVC. Num estudo de Vigilância Epidemiológica Ativa em UCI mista, num período de um ano, também é identificada a exposição significativa dos doentes a este tipo de dispositivos, em que 70% foram submetidos a ventilação mecânica, 58% foram expostos a CVC e na maioria dos casos (99%) recorreu-se à cateterização vesical, (Iordanou, S., Middleton, N., Paphthonossoglou, E. e Raftopoulos, V. (2017).

Com base em diversos estudos, Iordanou et al (2017) referem os procedimentos cirúrgicos, a utilização de dispositivos invasivos, o uso de antimicrobianos e o tempo de internamento como os principais fatores de risco para as IACS. A existência de comorbilidades, tais como a desnutrição, doença pulmonar obstrutiva crónica, sinusite crónica e higiene oral pobre são descritos como fatores de risco adicionais para a instalação da IRAV, (Lawrence e Fulbrook, 2011). Outros autores definem outro tipo de comorbilidades (cardíacas, pulmonares, renais, a diabetes, vasculares, neoplásicas e hepáticas) que podem predispor o doente a desenvolver complicações como a infeção, (Quartin, Scerpella, Puttagunta & Kett, 2013).

O presente estudo não aborda as co-morbilidades dos doentes participantes, a colheita de dados cinge-se apenas ao motivo de admissão e não explora a situação clínica específica que motivou ao internamento na UCIP, bem como os antecedentes patológicos desses indivíduos. Admite-se que estes aspetos sejam importantes para uma caracterização mais completa e aprofundada da amostra em estudo, considerando-se como uma limitação desta investigação a sua omissão.

Este estudo analisa essencialmente os fatores de risco para as IACS extrínsecos ao doente, tais como o tempo de exposição aos dispositivos invasivos, como o TET e a Ventilação Mecânica, o CVC e o CV, mas também analisa a situação prévia, dos doentes críticos, à admissão na UCIP, quanto aos dias de hospitalização e submissão a antibioterapia, acreditando-se que é nestes fatores que a mudança das práticas pode diminuir a incidência deste tipo de infeção, ao contrário dos fatores intrínsecos ao doente, que são pouco modificáveis.

Na UCIP, no período em estudo, 26 doentes (16%) desenvolveram IACS durante o internamento, verificando-se também uma diminuição destes valores ao longo dos três anos.

Um dos principais resultados deste estudo consiste na identificação da IRAV como a IACS mais incidente, 18 doentes (69,2%) dos 26 que adquiriram IACS; em segundo plano ficam a infeção nosocomial da corrente sanguínea associada ao CVC e a infeção do trato urinário associada ao cateter vesical, ambas com 15,4% de taxa de incidência. No estudo analítico, descritivo e prospectivo de Resende et al (2013) referem que a pneumonia associada à ventilação é a infeção nosocomial mais comum nas UCI, cuja incidência varia entre 9% e 27% dependendo do tipo de população, do tipo de UCI e os critérios de diagnósticos aplicados. Estes autores estudaram uma amostra de 126 doentes, submetidos a VM por mais de 48 horas, em que 26,2% destes desenvolveram IRAV. No presente estudo a taxa de incidência de IRAV é menor, verifica-se que na amostra, 18 doentes desenvolveram IRAV, correspondendo a uma percentagem de 11,1%. Iordanou et al (2017), no seu estudo obtiveram resultados diferentes, neste caso a INCS associada ao CVC foi a mais incidente, com um taxa de 48,8% de todas as IACS associadas a dispositivos invasivos, a IRAV ficou em segundo plano com 37,2% dos casos e a ITU com 14%.

Para além de analisar as taxas de incidência da IACS, este estudo também calcula a densidade deste tipo de infeções que consiste na relação entre o número de IACS e o número de dias totais de utilização do dispositivo invasivo, o ventilador e TET, CVC e o CV (fatores de risco extrínsecos ao doente). A nível internacional, diversos estudos utilizam os valores da densidade da infeção, permitindo comparar dados. O National Healthcare Safety Network (NHSN) é um programa norte-americano de Vigilância Epidemiológica assente numa metodologia padronizada, que permite comparar resultados por densidades de incidência e classes de risco (tipo de unidades), (CCI, 2013). A nível europeu existe o programa de monitorização da infeção designado *Hospitals in Europe Link for Infection Control* (HELICS) que também se foca neste tipo de estudos. A UCIP participa neste programa desde o ano de 2004.

No presente estudo, a análise da densidade de IRAV por 1000 dias de ventilação, mostra que a densidade desta infeção corresponde a 10,5/1000 dias de ventilação. Estes resultados refletem os dados obtidos através da Vigilância Epidemiológica que é realizada durante todo o ano na UCIP, englobando todos os doentes admitidos. Nos três anos em estudo, quando comparada com os dados de 2011 do NHSN é superior ao percentil 90 (4,3 por 1000 dias de ventilação), (CCI, 2013). Ao comparar com os dados de 2011 do HELICS-UCI, também se observa uma semelhança nos valores obtidos neste estudo e a média nacional da densidade da IRAV (número de IRAV/1000 dias de entubação) que corresponde a 8,9/1000 dias de entubação, (Paiva, Pina e Silva, 2013). Dados mais recentes do PPCIRA, no período de 2013 a 2017, a Densidade da IRAV decresceu de 7,4/1000 dias de entubação para 6,6/1000 dias de entubação nas UCI Portuguesas que participam na VE em Rede Europeia e que correspondem a uma cobertura da maioria (68,18%) das UCI a nível nacional, (PPCIRA, 2018). Um dado importante do relatório do ECDC (2018) aponta a média nacional de 7,2/1000 dias de entubação, comparativamente inferior à média Europeia (9,5/1000 dias entubação).

A Densidade da INCS associada ao CVC correspondeu a 2,25/1000 dias de CVC nos três anos em estudo, que comparada com os dados do NHSN, é superior ao percentil 75 (1,1 por 1000 dias de CVC). O mesmo constatou-se no caso da ITU associada ao uso de CV, com uma Densidade de 1,82/1000 dias de CV, igualmente superior ao percentil 75 do NHSN (1,6/1000 dias de CV). De acordo com o CDC (2013) é importante as instituições de saúde/unidades identificarem em que patamar (percentil) se situam face a cada tipo de IACS associada aos dispositivos invasivos, caso esses valores superem o percentil 50 (media) e se aproximem do percentil

90, podem sugerir a existência de um problema que requer uma intervenção adequada. O sistema de vigilância epidemiológica do PPCIRA monitoriza a incidência de infeções relacionadas com cateter venoso central através de dois programas o *Hospital Acquired Infection (HAI)*-ICU e o Infecção Nosocomial da Corrente sanguínea (INCS). Os dados do Relatório do PPCIRA (2018) mostram que a Densidade das INCS associadas ao CVC diminuíram no período de 2013 a 2017, evoluindo de 1,3 para 0,9/1000 dias de CVC nas UCI portuguesas. E comparando os dados de 2017, a média da Densidade desta infeção nas UCI portuguesas foi 1,7/1000 dias de CVC, inferior à média Europeia (3/1000 dias de CVC), (ECDC, 2018). O estudo prospetivo de Bianco, A., Capano, MS, Mascaro, V., Pileggi, C., & Pavia, M. (2018), numa UCI, no período de 2013-2016, com uma amostra de 1283 doentes, revelou que 89,5% das bacteriemias corresponderam a INCS associadas ao CVC, com uma Densidade de Infecção de 7,7/1000 de CVC (superior ao percentil 90 do NHSN), dados menos favoráveis em relação àqueles obtidos na UCIP. No entanto, Bianco et al (2018) identificam uma Densidade de ITU associada ao CV de 1,6/1000 dias de CV (percentil 25-50 do NHSN), enquanto neste estudo obtiveram-se valores ligeiramente mais elevados (1,82/1000 dias de CV). Os dados mais recentes, a nível europeu, descrevem que em média a Densidade da ITU associada ao CV foi de 3,6/1000 dias de CV no ano de 2017, (ECDC, 2019).

Outra questão pertinente centra-se no tempo a que os doentes são submetidos a determinado dispositivo invasivo, e vários estudos constataam que quanto maior esse período de tempo, maior será o risco de se instalar um processo de infeção associado ao mesmo. Pina et al (2010) explicam que dispositivos, como o TET, o CVC ou CV, criam um desequilíbrio nos mecanismos de defesa natural do organismo, abrindo portas de entrada artificiais para os microrganismos. O CDC (2013) considera pertinente que o estudo da Densidade de incidência da IACS deve ser acompanhado pela análise do tempo de exposição aos respetivos dispositivos. Neste estudo também foram calculadas as Taxas de Exposição aos dispositivos invasivos, com o intuito de se avaliar mais objetivamente o tempo que os doentes da UCIP são submetidos a estes fatores de risco, e de alguma forma contribuir para a melhoria na prática clínica, tentando reduzir a sua utilização. Constatou-se que o CV foi o dispositivo com Taxas de exposição mais elevadas (0,98), ficando em segundo plano o TET com 0,81 e o CVC foi o dispositivo com taxas mais baixas (0,79), no entanto todas elas superiores ao percentil 90 do NHSN (0,81;0,44 e 0,63 respetivamente), (NHSN, 2013). No estudo de Iordanou et al (2017) verificou-se a mesma tendência, o CV foi o dispositivo com taxa de utilização mais elevada (99%), com uma taxa de exposição de 0,99, de seguida o TET e o CVC, com taxas de 0,70 e 0,58 respetivamente. No estudo de Bianco et al (2018), explicam que a elevada incidência de INCS associadas a CVC (7,7/1000 dias de CVC) poderá estar relacionada com a taxa de exposição elevada a este dispositivo, superior ao percentil 90 do NHSN. No entanto, associam a incidência baixa de ITU associada ao CV, com a eficácia das intervenções implementadas, tais como: formação dos profissionais, redução da cateterização vesical, definição rigorosa das razões para o uso do CV e revisão diária da necessidade do CV, (Bianco et al, 2018). Huis et al (2020) referem que aproximadamente 65% das ITU associada ao CV, 55% das INCS associadas ao CVC e 55% das IRAV são possíveis de prevenir com base na implementação de estratégias preventivas baseadas na evidência científica.

Mas estas medidas devem ser complementadas pela vigilância contínua das IACS relacionadas com o uso de dispositivos, por parte das equipas ou instituição, possibilitando o acesso contínuo da efetividade das medidas implementadas, a identificação precoce de situações problemáticas, bem como a obtenção de dados para comparação ou “Benchmarking”, (Bianco et al, 2018). No Inquérito realizado por Huis et al (2020), com objetivo de avaliar, perante as equipas de Prevenção de Infecção dos Hospitais de Agudos Holandeses, que tipo de monitorização era realizada às IACS relacionadas com o uso de dispositivos invasivos, concluíram que a INCS associada ao CVC foi a IACS sujeita a maior monitorização pelas instituições (95,4% dos casos), seguida pela IRAV com 26,2% e a ITU surgiu como a IACS menos implicada nas medidas de vigilância por parte das equipas. Estes autores explicam que a diferença observada devia-se essencialmente aos seguintes aspetos: o uso de CVC acontece quase exclusivamente no contexto de cuidados intensivos, enquanto que o uso de CV é mais generalizado, e respetivas medidas preventivas e monitorização teriam que ser implementadas com base numa iniciativa da instituição, envolvendo as diferentes unidades/enfermarias, (Huis et al, 2020). Por outro lado, a monitorização da INCS associada ao CVC esteve facilitada pelo fato de a nível nacional existir um programa de Vigilância bem estabelecido, com critérios rigorosos de monitorização baseados no ECDC, (Huis et al, 2020). Por fim, a monitorização reduzida da IRAV, fundamentou-se em questões não resolvidas acerca dos critérios de definição e diagnóstico que devem ser aplicados perante esta complicação, (Huis et al, 2020).

No caso particular da UCIP, alvo deste estudo, desde o ano de 2004 participa e debita dados no programa de VE em rede europeia designado HELICS, e realiza em paralelo a VE em colaboração com a Comissão de Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos do Centro Hospitalar no levantamento de dados relativos às IACS associadas ao TET, CVC e CV, bem como ao uso de antibioterapia e microrganismos envolvidos, (CCIRA, 2017). Quanto à implementação de boas práticas, no ano de 2012 foi implementada a “Bundle” de prevenção da IRAV na UCIP, constatando-se que o maior desafio reside na motivação dos profissionais para a adesão ao conjunto de medidas a longo prazo, bem como todo o processo de vigilância/auditorias que esta metodologia de trabalho implica. A partir do ano de 2019 reuniram-se esforços com o intuito de se implementarem os “Feixes de Intervenções” da DGS (2015) para a prevenção das IACS associadas ao TET, CVC e CV, que, atualmente, ainda se encontram numa fase embrionária.

Quanto aos microrganismos responsáveis pelas IACS diagnosticadas neste estudo foram maioritariamente o *Staphylococcus aureus* Meticilino-Resistente (45,8%), a *Escherichia coli* (12,4%), e a *Enterobacter aeruginosas* (8,4%). Observou-se também casos em que existiam mais do que um agente causal para o mesmo episódio de infeção, por exemplo *MRSA* e a *pseudomonas*

aeruginosa ou *pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli* e *candida* correspondendo a 4,2% dos casos, respectivamente. No estudo de Bianco et al (2018) constatou-se que no grupo de bactérias Gram negativo as mais comuns foram *Klebsiella pneumoniae* (17.8%), *Acinetobacter baumannii* (10.2%), *Escherichia coli* (8.5%), e no grupo de bactérias Gram positivo o *Staphylococcus epidermidis* (10%) foi o mais incidente como agente causal das IACS. Estes autores no seu estudo descrevem que cerca de 66,6% de *Staphylococcus epidermidis* eram resistentes à Meticilina, e 52,3% de *Klebsiella pneumoniae* e 30% de *Escherichia coli* eram resistentes às cefalosporinas de 3ª geração (cefotaxime e ceftazidime).

Neste estudo, grande parte dos microrganismos identificados revelaram algum tipo de resistência a antimicrobianos, mais especificamente a resistência à Meticilina. O PPCIRA (2017) refere que em Portugal o perfil de resistências de diversos microrganismos tem vindo a diminuir: o MRSA teve uma diminuição de 20%, desde 2011 até 2016 (54,6% para 43,6% respetivamente), a *Escherichia coli* resistente a quinolonas demonstrou tendência a decrescer de 2013 a 2016, mas com uma percentagem de 30,2% (superior à média europeia, 21%), o *Acinetobacter baumannii* com resistência combinada a fluoroquinolonas, aminoglicosídeos e carbapenemos também diminuiu de 64,3% em 2013 para 37,9% em 2016 (superior à média da Europa, 31,7%). Um dado preocupante refere-se à proporção de isolados de *Klebsiella pneumoniae* resistentes aos carbapenemos, que teve um aumento de 73% do ano de 2015 para 2016, refletindo a tendência europeia, (PPCIRA, 2017).

Relativamente aos microrganismos responsáveis pela IRAV isolados neste estudo, o que surge em maior número nos três anos é o *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente (50%), seguido da *Escherichia coli* (12,4%) e *Pseudomonas aeruginosa* (6,2%). Estes dados refletem os resultados obtidos através da Vigilância Epidemiológica da UCIP, sendo o *Staphylococcus aureus* o mais incidente nos casos de IRAV, com um perfil de resistência aos antimicrobianos entre os 40 a 50%, ou seja, em cerca de metade dos casos de IRAV causada por *Staphylococcus aureus*, estes eram meticilino-resistentes, (CCI, 2013). Ao comparar com outros estudos verifica-se uma diversidade de microrganismos isolados, em alguns deles são coincidentes com este estudo, como no caso do estudo de Arroliga et al (2012) em que a bactéria identificada em maior número nos doentes com IRAV foi o *Staphylococcus aureus*, sendo 22% meticilino-resistente e 18% meticilino-sensível, seguidos pela *pseudomonas aeruginosa* (12%).

Enquanto em outros estudos é identificada uma maior incidência de microrganismos gram-negativos, como no estudo de Resende et al (2013), identificaram como principais responsáveis pela IRAV a *pseudomonas aeruginosa* e o *Acinetobacter spp*, ambos em 34,4% das infeções, seguidos pelo *Staphylococcus aureus* em 15,6% dos casos. Quanto aos perfis de resistências, relatam multirresistências aos antimicrobianos entre os 70 a 80%, (Resende et al, 2013). No estudo de Caserta et al (2012), 80% dos microrganismos identificados eram gram-negativos, sendo 40% *pseudomonas aeruginosa*, para além desta surge o *Acinetobacter baumannii* como os mais prevalentes.

O ECDC (2019), reporta no Relatório Epidemiológico Anual das IACS em UCI, os microrganismos mais comumente isolados foram a *Pseudomonas aeruginosa* no caso das pneumonias, o *Staphylococcus coagulase-negativo* nas INCS e a *Escherichia coli* nos casos de ITU. Também descrevem os níveis de resistência de diversos microrganismos, em que 64% de *Acinetobacter baumannii* e 26% de *Pseudomonas aeruginosa* eram resistentes aos Carbapenemos, em casos de infeções por *Klebsiella spp* 40% destes microrganismos eram resistentes às Cefalosporinas de 3ª geração e 24% dos *Staphylococcus aureus* eram Meticilino-resistentes.

O tempo que decorre desde o início da exposição ao TET e ventilador até à instalação da IRAV é um dado epidemiológico importante e um fator de risco para a presença de determinados microrganismos e consequentes resultados do doente, (American Thoracic Society, 2005). A infeção respiratória é considerada como estando associada à ventilação se o doente estiver pelo menos 48 horas exposto ao TET e ventilador antes de existirem sinais de infeção, não está determinado um tempo mínimo de exposição para que a infeção respiratória seja considerada como associada à ventilação, (Lawrence & Fulbrook, 2011). Estes autores, consideram a IRAV de início tardio quando se instala a partir das 72 horas ou mais após a intubação. A ATS (2005) por sua vez, classifica a IRAV como precoce quando se inicia até 4 dias após exposição ao TET e ventilação, e tardia se a infeção acontece após 5 dias ou mais. Esta classificação do tipo de IRAV é importante porque pode prever o tipo de microrganismo causal envolvido. Nas situações de início precoce frequentemente os microrganismos envolvidos correspondem aos adquiridos na comunidade, como o *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*, com melhores prognósticos, enquanto a IRAV tardia na maioria dos casos envolve microrganismos multirresistentes à antibioterapia, como o caso do *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa*, associada a taxas de mortalidade e morbidade mais elevadas, (Lawrence & Fulbrook, 2011).

Neste estudo também se analisou o tempo decorrido desde o início de exposição ao TET e ventilador e o dia em que se estabeleceu o diagnóstico de IRAV, e observa-se que na amostra global 72,2% dos casos o diagnóstico é estabelecido 5 dias ou mais depois da intubação. Sendo assim os resultados deste estudo coincidem com o que os autores referidos anteriormente afirmam, existem mais casos de IRAV tardias e o microrganismo responsável pela IRAV na maioria dos casos é o *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente.

Em 96,2% dos casos de IACS foi instituída antibioterapia, na sua maioria como antibioterapia empírica (65,2%), denotando-se que apenas 34,8% correspondiam a antibióticos dirigidos ao agente causal. Quanto ao tempo de utilização verificou-se que 69,2% dos tratamentos teve duração de 1 a 7 dias, e os restantes (30,8%) 8 dias ou mais. Deve-se analisar estes dados com reservas, porque neste estudo foi apenas registado os dias de antibioterapia durante o internamento na UCIP, e muitos doentes após a alta mantinham a prescrição do antibiótico, não sendo possível contabilizar o total de dias de antibiótico para a situação específica. O

tempo de duração da antibioterapia é um aspeto essencial, quando administrada em menos tempo que necessário, existe um maior risco de insucesso no tratamento e irradicação do microrganismo; quando em excesso pode estar associada à seleção de microrganismos resistentes, como também ao maior risco para situações adversas e maiores custos, (Vicent et al, 2010). Estes autores, tendo como referência as recomendações da ATS, explicam que a duração da antibioterapia pode ser determinada de acordo com a severidade da doença, a resposta clínica e o microrganismo envolvido, sendo de 7-14 dias para as infeções causadas por *Staphylococcus aureus* ou o *Haemophilus influenzae*, e de 14-21 dias para os casos que envolvem a pseudomonas aeruginosa, (Vicente et al, 2010). Tendo em conta a estas recomendações, o tempo de antibioterapia durante o internamento na UCIP observado neste estudo pode considerar-se como adequado.

Na análise mais aprofundada ao padrão de antibioterapia instituída no tratamento da IRAV, verificou-se que o meropenem e a piperacilina+tazobactam foram os antibióticos mais utilizados, 21,7% e 19,7%, respetivamente e ambos com maior representatividade na terapia empírica. De acordo com o Relatório da VE do ano 2012, realizado pela CCIRA em colaboração com a UCIP, face ao padrão das resistências encontradas nos agentes infetantes, os protocolos de antibioterapia empírica para a IRAV deveriam incluir a Vancomicina e a Piperacilina+tazobactam, tendo em conta as susceptibilidades encontradas. Como antibióticos dirigidos ao microrganismo causal o grupo mais utilizado corresponde a outros antimicrobianos como a ampicilina, amicacina, ciprofloxacina, linezolid e tigeciclina. Na maioria dos casos iniciam-se como terapia empírica e posteriormente passam a antimicrobianos dirigidos aos microrganismos identificados através de exames microbiológicos ao aspirado traqueal. Os resultados deste estudo diferem do estudo retrospectivo de Gonzalez et al (2013), realizado numa UCI, em que a antibioterapia empírica mais prescrita correspondia às quinolonas (48,7%), penicilinas do grupo A (43,2%) e cefalosporinas de 3ª geração (33,2%). Com este estudo estes autores conseguiram demonstrar que a redução do espectro de ação da antibioterapia empírica, na maioria dos casos foi possível, sem impactos clínicos negativos na UCI médica, (Gonzalez et al, 2013).

Vicente et al (2010) explicam que um dos fatores de sucesso no tratamento da IRAV é a antibioterapia direcionada para o organismo causal e deve ser instituída o mais precocemente possível, pois a antibioterapia inadequada ou atraso na sua instituição conduzem a resultados menos favoráveis. Os mesmos autores referem que assim que existe a suspeita de IRAV, a antibioterapia empírica deve ser instituída com base no histórico microbiológico da unidade/instituição e perfil de sensibilidades, na existência ou não de risco para a presença de microrganismos multirresistentes, e a partir do momento que se conheça o microrganismo responsável, deve dirigir-se a antibioterapia para a eliminação do mesmo, (Vicente et al, 2010). Com base no relatório Epidemiológico Anual de 2017, em UCI, o ECDC descreve que foram registados 484221 dias de terapia antimicrobiana, em que a maioria (57,8%) correspondeu a tratamento empírico, em 24,3% foi direcionado ao microrganismo causal e apenas 13,2% de terapia profilática.

Outro dado relevante apurado neste estudo, reside no fato de a maioria dos doentes admitidos na UCIP (86,5%) nos três anos é submetido a antibioterapia prévia ao internamento nesta unidade, e na maioria dos casos (84,8%) de forma empírica, a dirigida corresponde somente a 5,1% dos casos. E o tempo de duração decorre entre 1 a 7 dias em 74,1% dos doentes. Estes resultados são importantes, na medida em que num estudo prospetivo de coorte, num hospital universitário, envolvendo doentes com infeção, verificou-se que os doentes infetados com microrganismos multirresistentes tinham uma taxa significativamente elevada de antibioterapia inicial inadequada, (Cardoso, Ribeiro, Aragão, Costa-Pereira & Sarmento, 2012). Com este estudo estes autores identificaram fatores de risco adicionais para a IACS causada por microrganismos multirresistentes, nomeadamente idade superior a 60 anos, Índice de Karnofsky <70, hospitalização prévia no período de um ano, e antibioterapia prévia inadequada, referindo que estes podem trazer benefícios clínicos conduzindo a um diagnóstico precoce e diminuir o uso inadequado de antimicrobianos neste tipo de doentes, (Cardoso et al, 2012). Tendo em conta a este aspeto é importante conhecer o historial do doente face à administração de antibioterapia, para além de outros fatores de risco, a fim de se determinar mais adequadamente e em menor tempo possível a susceptibilidade dos doentes a este tipo de infeções.

No relatório que analisa as IACS e a resistência aos antimicrobianos no ano de 2013, Portugal não se situava entre os países europeus com maior consumo de antibióticos em ambiente hospitalar, no entanto os autores guardavam reservas em relação a estes dados, visto a colheita de dados ainda não estar normalizada, (Paiva et al, 2013). Relativamente aos antibióticos mais utilizados a nível nacional correspondiam às Penicilinas e às Cefalosporinas e outros beta lactâmicos, (Paiva et al, 2013). Os mesmos autores identificaram vários erros na utilização dos antibióticos a nível nacional, dois deles correspondiam ao tempo de duração da antibioterapia profilática cirúrgica, que na maioria dos casos era excessiva (superior às 24h) e a duração da terapêutica antimicrobiana, que era excessiva em relação à duração mínima necessária para curar a infeção e evitar recidiva, (Paiva et al, 2013). Mais recentemente, o relatório do PPCIRA (2018) refere que o consumo global de antimicrobianos a nível nacional, em meio hospitalar, reduziu, de 2013 a 2017, 4,96% (de 1,64 DHD⁴ para 1,53DHD), devido à redução de utilização de quinolonas (-29,58%) e aminoglicosídeos (-19,43%).

O ECDC (2019) relembra que uma estratégia de intervenção eficaz e efetiva terá que englobar um reforço das medidas de prevenção e controlo das IACS associada à implementação de um programa de gestão da utilização dos antimicrobianos, envolvendo quer profissionais de saúde, quer os órgãos de gestão.

⁴ DHD – Dose por Habitante Diária

CONCLUSÕES

A IACS é uma das complicações mais graves e preocupantes que podem afetar o doente crítico em contexto de cuidados intensivos. Atualmente são vários os esforços no sentido de se desenvolverem várias estratégias para a prevenção deste tipo de infecção, diversos estudos demonstram estar associada a tempo de internamento na UCI e hospital prolongados, taxas de morbilidade e mortalidade elevadas e custos socioeconómicos acrescidos.

Apesar da diversidade de microrganismos identificados nos diferentes estudos, incluindo este estudo, constata-se uma tendência preocupante que é a incidência crescente de infeções causadas por microrganismos multirresistentes, evidenciando que as medidas de controlo das IACS devem estar cada vez mais interligadas com a prevenção da resistência aos antimicrobianos.

Com este estudo apurou-se que a maioria dos doentes admitidos na UCIP (86,5%) nos três anos é submetida a antibioterapia prévia ao internamento nesta unidade, e na maioria dos casos (84,8%) de forma empírica. A maioria das IACS na UCIP afeta o sistema respiratório (69.2%), as restantes correspondem à INCS associada ao CVC e à ITU associada ao CV, que surgiram em igual número, 15,4% cada, com Densidade de Infecção de 10,5/1000 dias de ventilação, 2,25/1000 dias de CVC e 1,82/1000 dias de CV, respectivamente. Os microrganismos mais frequentes identificados foram o *MRSA* (45.8%), a *Escherichia coli* (12.4%) e a *Enterobacter aeruginosa* (8,4%). A antibioterapia foi aplicada em 96.2% dos doentes que adquiriram IACS, na sua maioria entre 1 e 7 dias (69.2%) e foi usada de forma empírica em 65.2% dos casos. Os doentes da UCIP estiveram mais expostos ao CV, com uma Taxa de Exposição de (0,98), ficando em segundo plano o TET com 0,81 e o CVC foi o dispositivo com taxas mais baixas (0,79).

Emerge do estudo ser crucial a diminuição das taxas de IACS por MMR, dependendo de cada instituição/unidade de saúde implementar um conjunto de intervenções consistente e ajustado à sua realidade. Por sua vez a redução das resistências aos antimicrobianos deve estar assente numa prática clínica adequada, baseada na melhor evidência científica e inserida na rotina diária dos profissionais de saúde, doentes e familiares.

Para tal considera-se relevante instituir boas práticas não só a nível da prestação dos cuidados de saúde, com a aplicação das precauções básicas de controlo de infeção, e as medidas baseadas nas vias de transmissão dos MMR. Mas também a nível organizacional deve ser implementada uma abordagem multimodal que englobe a monitorização contínua de resultados e de processo, uma participação ativa dos órgãos de gestão, formação contínua dos profissionais intervenientes, e acima de tudo, uma mudança na metodologia de trabalho entre as equipas com um objetivo comum: a segurança do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Thoracic Society (2005). Guidelines for the management of adults with Hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Critical Care Med*, 171, 388-416. DOI: 10.1164/rccm.200405-644ST.
- Arroliga, A. C., Pollard, C.I., Wilde, C.d., Pellizzari, S.J., Chebbo, A., Song, J.S., Ordner, J., Cormier, S., & Meyer, T. (2012). Reduction in the incidence of ventilator-associated pneumonia: A multidisciplinary approach. *Respiratory Care*, 57(5), 688-696. Acedido em <http://search.ebscohost.com>
- Bianco, A., Capano, M., Mascaro, V., Pileggi, C., & Pavia, M. (2018). Prospective surveillance of healthcare-associated infections and patterns of antimicrobial resistance of pathogens in an Italian intensive care unit. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 7, 48. DOI: [org/10.1186/s13756-018-0337-x](https://doi.org/10.1186/s13756-018-0337-x)
- Bonten, M. J. M. (2011). Ventilator-Associated Pneumonia: Preventing the Inevitable. *Clinical Infectious Diseases*, 52(1), 115-21. DOI: 10.1093/cid/ciq075
- Bouadma, L., Deslandes, E., Lolom, I., Le Corre, B., Mourvillier, B., Regnier, B., Porcher, R., Wolff, M., & Lucet, J. C. (2010). Long-Term Impact of a Multifaceted Prevention Program on Ventilator-Associated Pneumonia in a Medical Intensive Care Unit. *Clinical Infectious Diseases*, 51(10), 1115-1122. Doi:10.1086/656737
- Cardoso, T., Ribeiro, O., Aragão, I. C., Costa-Pereira, A., & Sarmiento, A. E. (2012). Additional risk factors for infection by multidrug-resistant pathogens in healthcare-associated infection: a large cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 12(375). DOI:10.1186/1471-2334-12-375.
- Caserta, R., Marra, A. R., Durão, M. S., Silva, C.V., Pavão dos Santos, O. F., Neves, H.S., Edmond, M.B., & Timenetsky, K. T. (2012). A program for sustained improvement in preventing ventilator associated pneumonia in an intensive care setting. *BMC Infectious Diseases*, 12(234). Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2334/12/234>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013). National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, Data Summary for 2011, Device-associated Module. National Center for Emerging Zoonotic Infectious Diseases. Acedido em <http://www.cdc.gov/nhsn>

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2017). Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006. Acedido em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/>
- Comissão de Controlo da Infecção (2013). *Relatório de 2012: Inquérito de Prevalência de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde e utilização de antimicrobianos nos Hospitais da Europa*. Viseu, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.
- Comissão de Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos, (2017). Vigilância Epidemiológica: UCIP 2015. Viseu, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu.
- Damani, N. (2012). Surveillance of Health care associated infections in low to middle resource countries. *Internacional Journal of Infection Control*. DOI:10.3396/ijic.v8i4.033.12
- Direção Geral da Saúde (2015). Norma 019/2015 de 16/12/2015– “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical www.DGS.pt
- Direção Geral da Saúde (2015). Norma 021/2015 de 16/12/2015– “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação www.DGS.pt
- Direção Geral da Saúde (2015). Norma 022/2015 de 16/12/2015– “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Associada a Cateter Venoso Central www.DGS.pt
- European Centre for Disease Prevention and Control (2019). Healthcare-associated infections acquired in intensive care units: Annual Epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC;
- Frykholm, P., Pikwer, A., Hammarckjöld, F., Larsson, A. T., Lindgren, S., Lindwall, R., & Akesson, J. (2014). Clinical guidelines on central venous catheterisation. *Swedish Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine. Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(5), 508-524. DOI:10.1111/aas.12295
- Gonzalez, L., Cravoisy, A., Barraud, D., Conrad, M., Nace, L., Lemarié, J., Bollaert, P. E., Gibot, S., (2013). Factors influencing the implementation of antibiotic de-escalation and impact of this strategy in critically ill patients. *Critical Care*, 17 (R:140). DOI:10.1186/cc12819.
- Halm, M. (2014). Do System-Based Interventions affect Catheter-Associated Urinary Tract Infection? *American Journal of Critical Care*, 23(6), 505-509. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014689>
- Hentrich, M., Schalk, E., Schmidt-Hieber, M., Chaberny, I., Mousset, S., Buchheidt, D., & Karthaus, M. (2014). Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2012 updated guidelines on diagnosis, management and prevention by the Diseases Working Party of the German Society of Hematology and Medical Oncology. *Annals of Oncology*, 25, 936-947. DOI:10.1093/annonc/mdt545
- Hsu, V. (2014). Prevention of Health Care-Associated Infections. *American Family Physician*, 90(6). Acedido em www.aafp.org/afp
- Huis, A., Schouten, J., Lescure, D., Krein, S., Ratz, D., Saint, S., & Greene, M. (2020). Infection prevention practices in the Netherlands: results from a National Survey. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 9,7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0667-3>
- Institute for Healthcare Improvement (2007). *Five Million Lives Campaign: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia*. Acedido em <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign>
- Iordanou, I., Middleton, N., Papathanassoglou, E., & Raftopoulos, V. (2017). Surveillance of device associated infections and mortality in a major intensive care unit in the Republic of Cyprus. *BMC Infectious Diseases*, 17, 607. DOI:10.1186/s12879-017-2704-2
- Laan, B., Spijkerman, I., Godfried, M., Pasmooij, B., Maaskant, J., Borgert, M., & Geerlings, S. (2017). De-implementation strategy to Reduce the Inappropriate use of urinary and intravenous CATHeters: study protocol for the RICAT-study. *BMC Infectious Diseases*, 17,53. DOI: <https://doi.10.1186/s12879-016-2154-2>
- Lawrence, P., & Fulbrook, P. (2011). The ventilator care bundle and its impact on ventilator-associated pneumonia: a review of the evidence. *Nursing In Critical Care*, 16(5), 222-234. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2010.00430.x
- Loveday, H.P., Wilson, J., Pratt, R., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., & Wilcox, M. (2014). Epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Helathcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86S1, S1-S70. Elsevier Ltd. Acedido em www.sciencedirect.com
- National Services Scotland, (2008). *VAP Prevention Bundle: Guidance for Implementation*. Acedido em <http://www.sicsebm.org.uk/welcome.htm>
- O’Neil, J. (2016). Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. *Review on Antimicrobial Resistance*. Acedido em https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf

- Paiva, J. A., Pina, E., & Silva, M. G. (2013). Portugal-controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em números-2013. Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos. ISSN:2183-072X. Acedido em <http://www.dgs.pt>
- Park, S., Ko, S., An, H., Bang, J., & Chung, W. (2017). Implementation of central line-associated bloodstream infection prevention bundles in a surgical intensive care unit using peer tutoring. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 6,103. DOI 10.1186/s13756-017-0263-3
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B., (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39. Acedido em <http://www.elsevier.pt>
- Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) (2006). Recomendações para prevenção da infecção associada aos dispositivos intravasculares. Acedido em <http://www.dgs.pt>
- Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2017). Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. Lisboa: Direção Geral da Saúde. ISSN: 2184-1179. Acedido em www.dgs.pt
- Programa de Prevenção e Controlo de infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário 2018, Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em :www.dgs.pt
- Rello, J., Lode, H., Cornaglia, G., & Masterton, R., (2010). A European care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Intensive Care Medicine*, 36(5), 773-780. DOI 10.1007/s00134-010-1841-5.
- Resende, M. M., Monteiro, S. G., Callegari, B., Figueiredo, P. M. S., Monteiro, C., & Monteiro-Neto, V. (2013). Epidemiology and outcomes of ventilator-associated pneumonia in northern Brazil: na analytical descriptive prospective cohort study. *BMC Infectious Diseases*, 13 (119). DOI:10.1186/1471-2334-13-119.
- Rózańska, A., Chmielarczyk, A., Romaniszyn, D., Bulanda, M., Walkowicz, M., Osuch, P. & Knych, T. (2017). Antibiotic resistance, ability to form biofilm and susceptibility to copper alloys of selected staphylococcal strains isolated from touch surfaces in Polish hospital wards. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 6, 80. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13756-017-0240-x>
- Ruiz-Giardin, J., Chamorro, I., Ríos, L., Aroca, J., Arata, M., López, J. & Santillán, M. (2019). Blood stream infections associated with central and peripheral venous catheters. *BMC Infectious Diseases*, 19,841. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4505-2>
- Sedwick, M. B., Lance-Smith, M., Reeder, S. J., & Nardi, J. (2012) Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Critical Care Nurse*, 32(4), 41-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2012964>
- Suetens, C, Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M., & Monnet, D. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill*.2018; 23 (46). DOI: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>
- Vincent, J., Barros, D. S., & Cianferoni, S. (2010). *Diagnosis, Management and Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia An Update*. *Drugs*, 70(15), 1927-1944. Acedido em <http://search.ebscohost.com>
- Wichmann, D., Campos, C., Ehrhardt, S., Kock, T., Weber, C., Rohde, H., & Kluge, S., ((2018). Efficacy of introducing a checklist to reduce central venous line associated bloodstream infections in the ICU caring for adult patients. *BMC Infectious Diseases*, 18, 267. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-018-3178-6>
- World Health Organization (2011). *Report on the burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: Clean care is safer care*. Geneve: WHO Document Production. ISBN: 9789241501507

Millenium, 2(ed espec. nº5), 339-345.

pt

CONTROLO DA HIGIENE DAS SUPERFÍCIES: COMPARABILIDADE DO MÉTODO ATP BIOLUMINESCÊNCIA VERSUS ESCALA VISUAL

CONTROL OF SURFACE HYGIENE: COMPARABILITY OF THE ATP METHOD BIOLUMINESCENCE VERSUS VISUAL SCALE

CONTROL DE LA HIGIENE DE LA SUPERFICIE: COMPARABILIDAD DEL MÉTODO DE BIOLUMINISCENCIA ATP VERSUS ESCALA VISUAL

Marta Macedo¹

Madalena Cunha²

Maria Loures Reis³

Rui Macedo³

Jorge Mendes³

¹ Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, Portugal

² Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, CI&DETS, Viseu, Portugal

³ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Marta Macedo - mmmacedo76@gmail.com | Madalena Cunha - madalenacunhanunes@gmail.com | Maria Loures Reis - mlreis19@gmail.com |

Rui Macedo - rpamacedo@gmail.com | Jorge Mendes - mendesster@gmail.com



Autor Correspondente

Marta Macedo

Avenida da Carapalha nº 26 6º esquerdo

6000-320 Castelo Branco - Portugal

mmmacedo76@gmail.com

RECEBIDO: 12 de junho de 2019

ACEITE: 15 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) têm sido relacionadas com a presença de microrganismos multirresistentes nas superfícies, sendo necessário monitorizar a sua higienização para garantir a segurança ambiental. A aplicação da escala visual é simplificada, porém o uso do luminómetro, método de Bioluminescência de Trifosfato de Adenosina, é promissor no controlo da higienização.

Objetivos: Avaliar a eficácia do processo de higienização das superfícies.

Métodos: O estudo observacional prospetivo foi realizado numa unidade crítica, durante cinco dias consecutivos. A técnica de amostragem foi não probabilística por conveniência sendo aplicada a escala visual e o luminómetro, antes e após a higienização das superfícies. O processo de higienização foi realizado pelas mesmas assistentes operacionais, recorrendo ao método de dois passos e produto detergente/desinfetante.

Resultados: A amostra inclui 300 observações (150 antes/150 após) nas áreas touch selecionadas. Das 131 observações, para valor satisfatório, 56 foram mensuradas pelo luminómetro e 75 pela escala visual. Para valores não satisfatórios, 169 observações, 94 foram mensuradas pelo luminómetro e 75 pela escala visual. Após o processo de higienização, das observações com valores não satisfatórios, 31 foram identificadas pelo luminómetro e 18 via escala visual. As diferenças significativas localizaram-se para valores não satisfatórios (< 500 RLU) no luminómetro e para valores satisfatórios (>500 RLU) na escala visual.

Conclusões: O método ATP apresenta-se como um recurso educacional e de monitorização/ auditoria efetiva na mensuração da qualidade da higienização das superfícies high touch, impondo-se validar a sua contribuição na prevenção das IACS.

Palavras-Chave: superfícies frequentes; método visual; luminómetro

ABSTRACT

Introduction: Health care associated infections (IACS) have been related to the presence of multiresistant microorganisms on the surfaces and it is necessary to monitor their hygiene to ensure environmental safety. The application of the visual scale is simplifying, but the use of the luminometer, Adenosine Triphosphate Bioluminescence method, is promising in the control of hygiene.

Objectives: Evaluate the effectiveness of the surface cleaning process.

Methods: The prospective observational study was performed at a critical unit for five consecutive days. The sampling technique was non-probabilistic for convenience, being applied to the visual scale and the luminometer, before and after the hygiene of the surfaces. The hygienization process was performed by the same operating assistants, using the two step method and detergent / disinfectant product.

Results: The sample includes 300 observations (150 before / 150 after) in the selected touch areas. Of the 131 observations, for a satisfactory value, 56 were measured by the luminometer and 75 by the visual scale. For unsatisfactory values, 169 observations, 94 were measured by the luminometer and 75 by the visual scale. After the hygienization process, from the observations with unsatisfactory values, 31 were identified by the luminometer and 18 by visual scale. Significant differences were found for unsatisfactory values (<500 RLU) in the luminometer and for satisfactory values (> 500 RLU) on the visual scale.

Conclusions: The ATP method presents itself as an educational and monitoring / auditing tool to measure the quality of hygiene of high touch surfaces, and it is necessary to validate its contribution in the prevention of IACS.

Keywords: frequent surfaces; visual method; luminometer

RESUMEN

Introducción: Las infecciones asociadas con la atención de salud (IACS) se han relacionado con la presencia de microorganismos multirresistentes en las superficies, es necesario controlar su higiene para garantizar la seguridad del medio ambiente. La aplicación de escala visual se simplifica, pero el uso del luminómetro bioluminescencia trifosfato de adenosina método, es prometedora en el control de la higiene.

Objetivos: Evaluar la eficacia de las superficies proceso de limpieza.

Métodos: El estudio observacional prospectivo se llevó a cabo en una unidad crítica de cinco días consecutivos. La técnica de muestreo no se aplicó conveniencia probabilístico y la escala visual y el luminómetro antes y después de la limpieza de las superficies. El proceso de limpieza se llevó a cabo por los mismos asistentes de operación, utilizando el producto detergente método de dos etapas y / desinfectante.

Resultados: La muestra incluye 300 observaciones (150 antes / después de 150) en áreas seleccionadas tocan. De las 131 observaciones para una buena relación calidad-precio, 56 se midieron mediante el luminómetro el 75 por escala visual. No valores satisfactorios, 169 observaciones, 94 se midieron por el luminómetro el 75 por la escala visual. Después de que el proceso de limpieza, las observaciones valores insatisfactorios fueron identificados por el luminómetro 31 18 a través de una escala visual. Las diferencias significativas se localizaron no valores satisfactorios (<500 RLU) en el luminómetro y valores satisfactorios (> 500 RLU) en el rango visual.

Conclusiones: El método de ATP se presenta como un recurso educativo y el seguimiento / auditoría para medir la calidad de la limpieza de superficies de alto contacto, imponiendo validar su contribución a la prevención de las infecciones hospitalarias.

Palabras Clave: superficies comunes; método visual; luminómetro

INTRODUÇÃO

As infeções adquiridas em Instituições de Saúde representam um risco substancial à segurança do cliente em todo o processo assistencial. Estudos sobre o papel do ambiente na aquisição de estirpes patogénicas mostram que diversos microrganismos de relevância epidemiológica têm sido isolados de diferentes locais no ambiente hospitalar. A eficácia da limpeza e desinfeção das superfícies é por isso primordial para o seu controlo, dado que as superfícies de contato são um meio de transmissão da infeção, reconhecidas estas há muitos anos pelas comissões de infeção hospitalar (Rocha, 2015, p. 13). Apesar do reconhecimento do efeito dos procedimentos de higienização na diminuição das taxas de infeção, muitos profissionais têm ainda uma atitude passiva diante do problema (Mendonça et al, 2003 cit in Gomes et al, 2007, p.7).

A verificação visual da limpeza desempenha um papel importante no processo, contudo, existe a necessidade de uma abordagem mais sensível e quantitativa do controlo da limpeza. O método usado é baseado na tecnologia de bioluminescência de trifosfato de adenosina (ATP) (Care, 2013). O método de ATP deteta o trifosfato de adenosina nos resíduos orgânicos (secreções humanas e sangue) incluindo microrganismos viáveis e não viáveis (Rigotti, et al, 2015, p. 1064). O êxito na redução do efeito das infeções associadas aos cuidados de saúde influi da conjugação de esforços de técnicos e investigadores das diversas áreas do conhecimento (Rocha, 2015,p.13).

Visando verificar a eficácia do método ATP, equacionou-se a seguinte questão: *Qual a eficácia do método de bioluminescência de trifosfato de adenosina quando comparado com a observação visual da limpeza e desinfeção de superfícies em unidades críticas?* Em consonância foi estabelecido como objetivo geral: Avaliar a eficácia da higiene das superfícies hospitalares em unidade de saúde.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A relação entre ambiente e infeção hospitalar ocorre (Paiva, 2015,p.8), dado que, as superfícies contaminadas frequentemente manipuladas por profissionais podem atuar como fonte de transmissão de microrganismos (Bathke, et al., 2013,79). Acredita-se que uma vez as superfícies contaminadas podem favorecer a disseminação dos microrganismos (Oliveira & Viana, 2014,p.988), se não forem tomadas medidas preventivas.

Na atualidade, já bem documentado, encontramos uma vasta gama de agentes patogénicos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde, que podem ser cultivados nas superfícies próximas do paciente. Os estudos confirmam que os pacientes internados em quartos anteriormente ocupados por pacientes colonizados ou infetados, com vancomicina-resistente *Enterococcus*, MRSA, *Cloustridium difficile*, *Acinetobacter baumannii*, têm em média 73% de probabilidade de adquirir uma IACS (Carling, & Bartley, 2010,p.988).

As bactérias são seres com capacidade de reconhecer o meio ambiente com muita facilidade e de se mutarem de forma a ficarem protegidas das ameaças que encontram no meio ambiente (Paiva, 2015,p.6).

Existe uma clara evidência da importância da limpeza hospitalar como uma intervenção imprescindível na prevenção das IACS. Ao afirmar-se que uma unidade de saúde é limpa, assume-se que parece limpo e que é seguro para os pacientes. Infelizmente os microrganismos responsáveis pelas IACS são invisíveis a olho nu. A situação é dificultada pela falta de padrões científicos para a limpeza do hospital, em vez da avaliação visual subjetiva praticada num determinado momento (Dancer, 2009,p.2).

É um desafio constante reduzir a disseminação de microrganismos associada à transmissão de infeções nosocomiais nos dias de hoje (Pina, 2012). Precisamos de elevar o nível de consciencialização sobre a higiene, é importante para toda a sociedade, cabendo aos hospitais liderar esse percurso. Ao rever a evidência do papel da limpeza no controlo das IACS, existem várias questões com lacunas, tais como, inexistência de uma norma de intervenção para os diferentes métodos de limpeza contra o risco de infeção dos pacientes, o seu grau de vulnerabilidade e a área clínica em que estão expostos (Dancer, 2009,p.2).

O importante é estabelecer padrões de desempenho para atingir o resultado pretendido - ambiente limpo e seguro. A higienização deve ser concentrada nas superfícies mais frequentemente tocadas, high-touch, por profissionais e doentes (Han, et al., 2015,p.1). Um componente importante de uma limpeza eficaz nos hospitais envolve a monitorização da eficácia dos métodos utilizados (Sherlock, 2009,p.1).

A monitorização da higienização pode incidir sobre uma área, um elemento específico, recursos utilizados (pessoal, equipamento, material, métodos empregues/ procedimentos) para relacionar com o efeito final ou consequência - um ambiente limpo e seguro (Pina, 2012,p.7). As ações de monitorização servem não só para verificar se o plano de higienização se apropria, como para avaliar o seu efetivo cumprimento (Reis, 2012,p.39).

A avaliação da eficácia da higienização pode ser efetuada através dos seguintes métodos, observação macroscópica (avaliação visual), culturas microbiológicas, marcação com indicador fluorescente, bioluminescência ATP.

Os serviços prestadores de cuidados de saúde têm de ser locais seguros, se pensarmos na panóplia de eventos adversos que podem acontecer aos clientes dos sistemas de saúde, decorrentes do ambiente hospitalar e da fragilidade em que os clientes se encontram. Não devemos colocar o objetivo da erradicação da infeção associada aos cuidados de saúde, mas devemos ter uma cultura e um exercício de exigência, de forma a erradicar toda a infeção potencialmente evitável (Paiva, 2015, p. 8).

2. MÉTODOS

No intuito de validar o conhecimento sobre a necessidade de monitorização da higienização das superfícies delimitou-se um problema a investigar, que versou sobre:

- *Qual o método mais eficaz para avaliar a higienização das superfícies numa área crítica?*

As medidas de higiene ambiental nas Instituições prestadoras de cuidados de Saúde são fundamentais para a prevenção e controle das IACS. Tem sido difícil defender padrões elevados de higiene das estruturas, uma vez que esta área nunca foi abordada como uma boa prática baseada em evidências científicas (Dancer, 2004, p-10-15).

Reis (2012, p.39) salienta que no novo contexto de higienização de superfícies é de extrema importância a avaliação da eficácia da higienização. As Guidelines para o Controlo Ambiental e o Centers for Disease Control (CDC) recomendam que se “monitorize” o desempenho de higienização, a fim de garantir a consistência da limpeza e desinfeção de superfícies.

Neste seguimento, equaciona-se a seguinte questão de investigação:

- *Em que medida o método bioluminescência de ATP é mais eficaz na avaliação da higienização das superfícies numa unidade crítica quando comparado com a inspeção visual?*

Considerando a questão de investigação foram delineados os seguintes objetivos:

- Avaliar se o método de higiene utilizado é eficaz;
- Verificar se a monitorização visual é eficaz para controlo do nível de higienização.

Equacionam-se também as seguintes hipóteses:

H1 – Existe discrepância entre os resultados de avaliação por escala visual e método ATP bioluminescência – Antes da higienização

H2 – Existe discrepância entre os resultados de avaliação por escala visual e método ATP bioluminescência- Após a higienização

Propusemo-nos nesta investigação desenvolver um estudo observacional, prospetivo, durante 5 dias, através do qual se observou a eficácia da limpeza e desinfeção de superfícies numa unidade crítica da região centro.

Identificamos como variável dependente o grau de higiene antes/ após a higienização (valores de ATP e escala visual) e como variável independente o método de higienização.

2.1 Amostra

O estudo integra **300 observações** (150 antes o processo de higienização e 150 após o processo de higienização).A técnica de amostragem foi não probabilística por conveniência, sendo aplicada a escala visual e o luminómetro. O processo de higienização foi realizado pelas mesmas assistentes operacionais, recorrendo ao método de dois passos e produto detergente/desinfetante.

2.2 Instrumento de recolha de dados

• *Método Visual*

A Grelha utilizada foi adaptada da grelha de Ferreira (2012), com a devida autorização da autora. Tal como na grelha original, as superfícies foram consideradas sujas ou limpas, conforme detetada ou não sujidade (sangue, exsudados feridas, líquidos orgânicos, cristais de soros, solutos, poeiras).

• *Método de Bioluminescência de Trifosfato de Adenosina*

O método baseia-se na deteção da presença de ATP através de uma reação química com emissão de luz, a qual é proporcional à quantidade de ATP presente. Logo, através da quantificação do ATP, é possível quantificar a matéria orgânica presente nas superfícies (Reis, 2012, p.42).

O resultado é apresentado em RLU e comparado com limites pré-definidos de aceitação/ falha. Todos os resultados são armazenados na memória do luminómetro. Os resultados dos testes indicam se uma superfície precisa de ser novamente higienizada ou se o método de limpeza tem de ser alterado (Giles, 2012,p.1).

A utilização do luminómetro obedece às instruções do Manual do Usuário (Care, 2013). A colheita de informação implica a recolha de amostra de uma superfície com um teste de superfícies, devendo o mesmo ser agitado/ ativado e colocá-lo no luminómetro para leitura (cf.Tabela 1)

Tabela 1 - Significado dos resultados obtidos em RLU

SISTEMA DE CONTROLO DE LIMPEZA	
Parâmetros/ Níveis do Luminómetro	Significado do nível de limpeza
< 500 RLU	Bom
500< RLU <1000	Alerta para atenção dos procedimentos
> 1000 RLU	Perigo - possibilidade de transmissão de infeção

2.3 Procedimentos

As medições de ATP foram realizadas numa área crítica, onde existe um maior risco de transmissão de infeção, por ser um local onde se realizam procedimentos invasivos e onde se poderá encontrar utentes imunodeprimidos.

A colheita de dados decorreu durante 5 dias, sendo efetuada no final do último turno da tarde (por volta das 23:30 horas), nas 15 áreas Touch definidas conjuntamente com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controle de Infeções e de Resistência aos Antibióticos (GCL - PPCIRA). A colheita de dados foi realizada antes e após o processo de higienização. Após a colheita de dados, procedeu-se à sua codificação e inserção em base de dados a partir do Statistical Package for Social Sciences 23 (SPSS) e posterior tratamento estatístico. A análise estatística inclui a análise descritiva e inferencial dos dados (Pestana & Gageiro, 2008).

3. RESULTADOS

No propósito de comparar os resultados colhidos pelo luminómetro com os obtidos através da escala visual agrupamos os valores em satisfatórios e não satisfatórios. Para o efeito considerou-se como valor de referência, no caso do luminómetro, os valores inferiores a 500 para satisfatório e superior a 500 para não satisfatório. Em relação à escala visual ao resultado obtido como sujo passou a corresponder como não satisfatório e ao resultado obtido como limpo a corresponder como satisfatório.

Para tratar os resultados obtidos como Satisfatórios foi aplicado o teste Qui- Quadrado, apresentando $X^2 = 1,500$, com $gl = 1$ e $p = ,221$. Contudo, a fim de comparar as proporções dos grupos antes e após o processo de higienização, realizou-se o teste de qui quadrado, com recurso ao teste de McNemar, apresentando significância estatística $p = ,001$ o que nos leva a inferir que existe discrepância entre os resultados de avaliação por Luminómetro e Escala Visual, para resultados satisfatórios, ou seja, a escala visual classifica maior número de superfícies consideradas como limpas, baseado apenas na observação macroscópica (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Tabela de contingência entre os dados antes e o após o processo de higienização para valores Satisfatórios, usada no Teste de McNemar

Método	Luminómetro		Escala Visual		Total		Teste Mc Nemar
	N	%	N	%	N	%	
Satisfatórios: Antes	12	21,43	18	24,00	30	22,90	p=,001
Satisfatórios: Após	44	78,57	57	76,00	101	77,10	
Total	56	100,00	75	100,00	131	100,0	

Foram igualmente tratados os resultados obtidos como Não Satisfatórios com aplicação do teste Qui- Quadrado, apresentando $X^2 = 5,587$, com $gl = 1$ e $p = ,018$. A fim de comparar as proporções dos grupos antes e após o processo de higienização, realizou-se o teste de qui quadrado, com recurso ao teste de McNemar, apresentando $p = ,007$ o que nos leva a inferir que aceitamos a hipótese de investigação, considerando-se que existe discrepância entre os resultados de avaliação por Luminómetro e Escala Visual, para resultados Não Satisfatórios, ou seja, a aplicação do luminómetro é mais eficaz na deteção para valores Não Satisfatórios, antes e após o processo de higienização (cf. Tabela 3).

Tabela 3 – Tabela de contingência entre os dados antes e o após o processo de higienização para valores Não Satisfatórios, usada no Teste de McNemar

Método	Luminómetro		Escala Visual		Total		Teste Mc Nemar
	N	%	N	%	N	%	
Não Satisfatórios: Antes	63	67,02	57	76,00	120	71,00	p=,007
Não Satisfatórios: Após	31	32,98	18	24,00	49	29,00	
Total	94	100,00	75	100,00	169	100,00	

Em suma, pelos resultados apresentados retiramos como primeira ilação, que através da aplicação do luminómetro em todos os pontos touch antes do processo de higienização, o facto de o luminómetro ser mais eficaz para valores Não Satisfatórios após o processo de higienização.

3. DISCUSSÃO

A colheita de dados decorreu numa área crítica. Ao ser considerada uma área de risco, cabe à equipa de Enfermagem atualizar o processo de higienização das superfícies no âmbito da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde (O.E., 2016,p.28). É preciso uma boa higiene das superfícies clínicas, com os quais os profissionais e doentes contactam frequentemente (Paiva, 2015, p.5). É elementar levar a limpeza e desinfeção das superfícies muito a sério (Costello, 2015). Perante superfícies ambientais fortemente contaminadas, mesmo o cumprimento exemplar da higiene das mãos poderá não ser suficiente para evitar a infeção

associada aos cuidados de saúde. O risco das superfícies está relacionado com a frequência de contato manual com as mesmas (Pina, 2012, p.2).

A principal limitação deste estudo é o número reduzido/ limitado de zaragatoas disponíveis para a realização do mesmo, que condicionando o número de superfícies observadas, devido a contenção de custos na área da saúde. Esta limitação refletiu-se na dimensão da amostra que condicionou toda a análise estatística. Este facto é também relatado por Richards (2015) ao afirmar que estudos que tentam avaliar as melhores estratégias de higienização hospitalar são difíceis de executar. Acresce, que com as atuais restrições financeiras, os custos com estes estudos tem sido reduzidos ao mínimo (Pina, 2012, p.3).

A aplicação do luminómetro mostrou que todas as observações, antes do processo de higienização, consideraram as superfícies como perigo para a prestação de cuidados de saúde em segurança, não sendo nenhuma superfície considerada limpa. Contrariamente à escala visual que considerou superfícies como limpas antes do processo de higienização, 15 das 150 observações, o que pode promover a ausência de higienização da superfície. É importante salientar que uma superfície pode ter uma contaminação significativa e ser considerada limpa à interpretação visual (Pina, 2012, p.3).

Muitos autores demonstraram através de estudos que os Assistentes Operacionais não executam o processo de higienização adequadamente (Rigotti, et al., 2015, p.1062). É uma das lacunas dos cadernos de encargos, que não englobam uma monitorização do desempenho, por falta de disponibilidade ou porque não estão definidas as respetivas políticas (Pina, 2012, p.3). Urge a necessidade de mensurar, processo este essencial, para planear as intervenções de melhoria na higienização de superfícies (Paiva, 2015, p.5).

Verificou-se que das 131 observações, para valor satisfatório, 56 das observações foram mensuradas através do luminómetro e 75 (100%) mensuradas através da escala visual. Para os valores não satisfatórios, das 169 observações, 94 das observações mensuradas pelo luminómetro e 75 pela escala visual. Após o processo de higienização as observações para valores não satisfatórios, 31 das observações mensuradas pelo luminómetro e 18 observações mensuradas através da escala visual. Estes resultados são concordantes com o preconizado por Boyce, et al. (2009) quando afirmam que a contagem de colónias após a limpeza é menor do que antes da limpeza. Este estudo permite inferir que ocorrem discrepâncias nos resultados para valores satisfatórios e valores não satisfatórios.

Este estudo vai de encontro aos resultados de alguns autores, ao referirem o ATP como um método e um instrumento de avaliação de práticas, que permite demonstrar a manutenção da qualidade da limpeza (Pina, 2012, p.4). O método de ATP tem sido utilizado para documentar as melhorias significativas na limpeza diária, bem como fornecer medidas quantitativas para indicar o nível de limpeza das superfícies high touch (Guh, & Carling, 2010).

O Hospital dos Lusíadas recorreu ao uso do luminómetro como instrumento de avaliação das práticas de higienização das superfícies para demonstrar uma melhoria sustentada de qualidade de higienização na Unidade de Cuidados Intensivos, após a definição de 15 pontos críticos. Numa fase inicial, os investigadores procederam à medição antes e depois do procedimento a fim de otimizar a prática. Seguiram-se avaliações periódicas que permitiram demonstrar a manutenção da qualidade de limpeza (Pina, 2012, p.4).

CONCLUSÕES

Este estudo consistia em avaliar a eficácia de higiene das superfícies em Unidade Hospitalar, objetivando procurar consensos no resultado da aplicação do luminómetro e da escala visual e concluir que os métodos se complementam, sendo o método ATP apontado como uma ferramenta educacional.

Salienta-se como resultados significativos no luminómetro para os valores não satisfatórios e a escala visual para valores satisfatórios, traduzindo o luminómetro como um método mais rigoroso e seguro na avaliação da higiene das superfícies numa Unidade de Saúde.

Como implicações práticas permitiu avaliar que a higienização da área crítica, campo de investigação deste estudo é realizada com a frequência adequada e técnica correta ao longo dos turnos. Este estudo contribui também para uma atualização da agenda interna da unidade de saúde no contexto do estudo no intuito de otimizar a prática, a elaboração de um cronograma das avaliações periódicas da manutenção ou reformulação do protocolo em vigor.

O método de ATP apresenta-se como um recurso educacional e de monitorização/ auditoria na mensuração da qualidade de higienização das superfícies high touch, impondo-se validar a sua contribuição na prevenção das IACS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bathke, J., Cunico, P. d., Maziero, E. C., Cauduro, F. L., Sarquis, L. M., & Cruz, E. D. (2013). Infraestruturas e adesão à higienização das mãos: Desafios à segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(2), 78-85.

- Boyce, J. M., Havill, N. L., Dumigan, D. G., Golebiewski, M., Balogun, O., & Rizvani, R. (2009). Monitoring of effectiveness of hospital cleaning practices by use of an adenosine triphosphate bioluminescence assay. *Infection control and hospital epidemiology*, 30(7), 678-683. DOI: 10.1086/598243
- Care, H. (2013). 3M - Manual do usuário. Alemanha: 3M Deutschland GmbH.
- Carling, P. C., MD, & Bartley, J. M. (2010). Evaluating hygienic cleaning in health care settings: What you do not know can harm your patients. *American Journal of Infection Control*, 38(5 Suppl 1), S41-50. DOI: 10.1016/j.ajic.2010.03.004
- Dancer, S. (2004). How do we assess hospital cleaning? A proposal for microbiological standards for surface hygiene in hospital. *JHI*, 56, 10-15.
- Dancer, S. (2009). The role of environmental cleaning in the controlo acquired infection. *Journal of Hospital Infection*, 1-8.
- Ferreira, H. (2012). Dissertação para obtenção de grau de mestre em Infecção em Cuidados de Saúde – Utilização do Método ATP bioluminescência na avaliação da eficácia da limpeza e desinfecção de superfícies em cuidados de saúde primários
- Giles, S. A. (2012). Acedido em www.infectioncontroldtoday.com
- Gomes, C.H., Barros, A.A., Andrade, M.C.L., & Almeida, S. (2007). Adesão dos profissionais de saúde à lavagem das mãos em enfermaria de clínica médica e cirúrgica. *Rev. Med. Minas Gerais*, 5-9.
- Guh, A., & Carling, P. (2010). Options for evaluating environmental cleaning. National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases.
- Oliveira, A. C., & Viana, R. E. (2014). Adenosina trifosfato bioluminescência para avalaição de limpeza de superfícies: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 67(6), 987-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670618>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise – Guia orientador de boa Pática, pp.3-97.
- Paiva, J. A. (2015). É uma miragem pensar que podemos caminhar para a infeção zero. *Tecno hospitalar*, 67, 4-8.
- Pina, E. (2012). Métodos de Avaliação de Limpeza de Superfícies. *Higiene Hospitalar*, pp. 2-4.
- Richards, V. (2015). National institutes of health/U.S. National Library of Medicine. Acedido em Health day. www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory.
- Rigotti, M. A., Ferreira, A. M., Nogueira, M. C., Almeida, M. T., Guerra, O. G., & Denise, A. (2015). Evaluation of three surface friction techniques for the removal of organic matter. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 24(4), 1061-1070. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003690014>
- Reis, L. (2012). Sistema de Lavagem de 2 Passos. *Tecno Hospital*, pp. 38,43.
- Rocha, J. G. (2015). Conceção dos espaços e materiais de revestimento. *Tecno Hospital* 67, 12-16.
- Sherlock, O. C., O'Connell, N., Creamer, E., & Humphreys, H. (2009). Is it really clean? An evaluation of the efficacy of four methods for determining hospital cleanliness. *Journal of Hospital Infection*, 72(2):140-146. DOI: 10.1016/j.jhin.2009.02.013
- Ferreira, H. (2012). Utilização do método ATP bioluminescência na avaliação da eficácia da limpeza e desinfecção de superfícies em cuidados de saúde primários (tese de mestrado). Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde

Millenium, 2(ed espec. nº5), 347-354.

pt

ATENÇÃO À SAÚDE NA DOENÇA FALCIFORME EM ALAGOAS: ASPECTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA NA PESSOA ADULTA

HEALTH CARE IN SICKLE CELL DISEASE IN ALAGOAS: ASPECTS OF PROGRAMMATIC VULNERABILITY IN ADULTS

ATENCIÓN DE SALUD EN LA ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES EN ALAGOAS: ASPECTOS DE VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA EN ADULTOS

Rosana Brandão Vilela¹

Brunna Correia Santos¹

Lorena Cardoso Caldas¹

Alexia Carneiro de Almeida¹

Maria Aleksandra Silva¹

Sidney José Santos²

¹ Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina, Maceió-AL, Brasil

² Associação das Pessoas com Hemoglobinopatias de Alagoas, Brasil

Rosana Brandão Vilela - zanavilela@gmail.com | Brunna Correia Santos - brunna_mac@hotmail.com | Lorena Cardoso Caldas - lorenancfaldas@gmail.com | Alexia Carneiro de Almeida - alexiaalmeida@hotmail.com | Maria Aleksandra Silva - maria_alexandra_e@hotmail.com | Sidney José Santos - sid.s@globo.com



Autor Correspondente

Rosana Brandão Vilela

Campus A.C. Simões, Av. Lourival Melo Mota s/n

Tabuleiro do Martins, Maceió – AL

57072-900, Brasil

zanavilela@gmail.com

RECEBIDO: 23 de dezembro de 2019

ACEITE: 21 de maio de 2020

RESUMO

Introdução: No Brasil, algumas estratégias de políticas públicas voltadas às pessoas com hemoglobinopatias foram estabelecidas e inseridas à comunidade, entretanto, a invisibilidade que ainda persiste em relação às pessoas com Doença Falciforme (DF) não permite que as leis abarquem e acolham tal necessidade.

Objetivo: Compreender a atenção à saúde dispensada aos adultos com DF, por meio da reconstrução de itinerários terapêuticos.

Métodos: Tratou-se de estudo qualitativo, baseado no quadro conceitual da integralidade, vulnerabilidade e Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (PNAIPDF). Foi adotada a reconstrução de itinerários terapêuticos mediante entrevistas abertas. Participaram da pesquisa cinco mulheres e dois homens adultos, com DF do tipo SS. O material foi submetido à análise de conteúdo, na modalidade temática.

Resultados: O estudo trouxe elementos para entender as práticas dos serviços e dos profissionais no cuidado às pessoas com DF. Demonstrou a necessidade de maior articulação entre as diversas instâncias do cuidado, bem como a precisão de maior investimento nos profissionais de saúde, no que diz respeito ao conhecimento e manejo da doença.

Conclusões: Os caminhos e as estratégias adotados pelas pessoas adultas com DF, na experiência de busca por cuidados, forneceram subsídios para inferir que, em Alagoas, as diretrizes estabelecidas pela PNAIPDF ainda não são plenamente atendidas. A vulnerabilidade programática exibida nesse estudo guarda estreita relação com o racismo institucional. É necessário o desenvolvimento de estratégias que garantam o acesso integral e facilitado aos serviços de saúde pelas pessoas com DF e, o estudo sobre itinerários terapêuticos pode ser uma importante ferramenta na qualificação desse cuidado.

Palavras-chave: anemia falciforme; assistência integral à saúde; vulnerabilidade em saúde; políticas públicas; itinerários terapêuticos.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, some public policy strategies aimed to help people with hemoglobinopathies were used and inserted in the community. However, the invisibility that still persists in relation to people with sickle cell disease (DF) does not allow laws to cover and accommodate such a need.

Objective: This study aimed to understand the health care provided to adults with SCD, through the reconstruction of therapeutic itineraries.

Methods: This was a qualitative study, based on the conceptual framework of integrality, vulnerability and the National Policy for Comprehensive Care for People with Sickle Cell Disease (PNAIPDF). The reconstruction of therapeutic itineraries was adopted through open interviews. Five women and two adult men participated in the research, with SS type FD. The material was submitted to content analysis, in the thematic modality.

Results: The study brought elements to understand the practices of services and professionals in the care of people with SCD. It demonstrated the need for greater articulation between the different instances of care and the precision of greater investment in health professionals, both in knowledge and in management of the disease.

Conclusions: The paths and strategies used by adults with DF, in the experience of seeking care, provided subsidies to infer that, in Alagoas, the guidelines established by the PNAIPDF were not yet fully met. The programmatic vulnerability shown in this study is closely related to institutional racism. It is necessary to develop strategies that guarantee comprehensive and facilitated access to health services by people with SCD, and the study of therapeutic itineraries can be an important tool in the qualification of this care.

Keywords: sickle cell anemia; comprehensive health care; health vulnerability; public policy; therapeutic itineraries

RESUMEN

Introducción: En Brasil, algunas estrategias de política pública dirigidas a personas con hemoglobinopatías se han establecido e insertado en la comunidad, sin embargo, la invisibilidad que aún persiste en relación con las personas con enfermedad de células falciformes (DF) no permite que las leyes cubran y satisfagan esta necesidad.

Objetivo: Comprender la atención médica brindada a adultos con MSC, a través de la reconstrucción de itinerarios terapêuticos.

Métodos: Estudio cualitativo, basado en el marco conceptual de integralidad, vulnerabilidad y la Política Nacional de Atención Integral para Personas con Enfermedad Drepanocítica (PNAIPDF). La reconstrucción de itinerarios terapêuticos se adoptó a través de entrevistas abiertas. Cinco mujeres y dos hombres adultos participaron en la investigación, con SS tipo FD. El material fue sometido a análisis de contenido, en la modalidad temática.

Resultados: El estudio aportó elementos para comprender las prácticas de los servicios y profesionales en la atención de personas con SCD. Demostró la necesidad de una mayor articulación entre las diferentes instancias de atención, así como la precisión de una mayor inversión en profesionales de la salud, con respecto al conocimiento y el manejo de la enfermedad.

Conclusiones: Las rutas y estrategias adoptadas por las personas adultas con DF, en la experiencia de buscar atención, proporcionaron subsidios para inferir que, en Alagoas, las pautas establecidas por el PNAIPDF aún no se cumplen por completo. La vulnerabilidad programática mostrada en este estudio está estrechamente relacionada con el racismo institucional. Es necesario desarrollar estrategias que garanticen el acceso integral y facilitado a los servicios de salud por parte de las personas con SCD, y el estudio de itinerarios terapêuticos puede ser una herramienta importante en la calificación de esta atención.

Palabras Clave: anemia falciforme; atención integral de salud; vulnerabilidad de la salud; políticas públicas; itinerarios terapêuticos

INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF) é um conjunto de patologias hematológicas crônicas, hereditárias, que tem em comum a presença da hemoglobina S (HbS) nas hemácias e apresenta impacto significativo na vida das pessoas e suas famílias (Zago & Pinto, 2007; Vilela et al., 2012).

A HbS é uma variante da hemoglobina normal – a hemoglobina “A” (HbA) – originada de uma mutação genética que afeta uma das bases nitrogenadas do ácido desoxirribonucleico (DNA) (Braga et al., 2016). A HbS, quando desoxigenada e em alta concentração, assume a forma de foice, responsabilizando-se pelo fenômeno vaso-oclusivo e hemólise. Ambos os mecanismos fisiopatológicos colaboram para um aumento do processo inflamatório vascular e ativação da coagulação. Os eventos vaso-oclusivos causam dor aguda e crônica – principal característica clínica da doença. Afeta também qualquer órgão, mormente ossos, baço, fígado, cérebro, pulmões, rins e articulações (Zago & Pinto, 2007).

Estudos destacam a DF como a alteração genética mais comum no mundo, sendo mais predominante na população negra (Cançado & Jesus, 2007). Dados do Ministério da Saúde estimam o nascimento de 3500 bebês com a patologia a cada ano, evidenciando a relevância epidemiológica da doença no país (Cançado & Jesus, 2007). Em Alagoas, de acordo com dados colhidos no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (Santos et al., 2018), ocorre o nascimento de uma criança com a DF para cada 343 crianças nascidas vivas. Estes dados se assemelham à literatura nacional, constatando que a doença se configura como uma condição crônica que exige cuidados continuados e prolongados.

Diante destas evidências, a DF é reconhecida como um problema de saúde pública no país, onde o diagnóstico precoce e a imediata inclusão da pessoa doente num programa de atenção integral é fundamental para diminuir a morbimortalidade da DF (Brasil, 2015; Vilela et al., 2012).

Em face de tais indicadores e da pressão do movimento negro sobre o poder público (Werneck, 2016), foram instituídas políticas, tais como: o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN (Brasil, 2001) e a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme - PNAIDF (Brasil, 2005).

As políticas e os programas foram apoiados na Hemorrede e destinados a difundir informações e atendimento adequado às pessoas com DF. Essas iniciativas influenciaram a Qualidade de Vida (QV) e o aumento da longevidade, em especial das pessoas acometidas pela forma mais severa da doença (Cançado & Jesus, 2007).

O conjunto de ações e propostas tem vindo a modificar significativamente a expectativa de vida das pessoas acometidas por esse problema, alterando o perfil de sobrevivência, que resultou na redução de 40% da mortalidade precoce. O fato foi associado ao diagnóstico por meio da triagem neonatal, à prevenção com vacinas e antibioticoterapia profilática, bem como à introdução da hidroxiureia (Ferreira, Cordeiro, Cajuhy, & Silva, 2013).

Esse novo perfil das pessoas com DF exige cuidados continuamente, uma vez que, pela doença crônica, incapacidade e sofrimento, convivem com estado de vulnerabilidade constante. Além disso, os portadores de anemia falciforme, na sua maioria, estão inseridos nas camadas sociais com baixo rendimento econômico e escolaridade, entre outros problemas sociais, fatores que levam a deduzir que os componentes das vulnerabilidades individual (informação), social (recursos materiais) e programática (políticas, programas e acesso aos serviços de saúde) coexistem com as manifestações clínicas inerentes à doença. Além disso, a prevenção, o tratamento e a reabilitação parecem ainda ser incipientes e ainda negligenciados pelos órgãos governamentais (Ferreira, et al., 2013; Kikuchi, 2007).

Dessa forma, compreende-se vulnerabilidade como a possibilidade do indivíduo adoecer de acordo com a sua situação, a qual pode estar relacionado com as próprias características do indivíduo, as relações sociais construídas durante a sua vida ou no âmbito programático (Ayres, 2009).

A vulnerabilidade programática refere-se a esforços com vistas à promoção de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativos à doença. Ela está associada a recursos sociais necessários, efetivos e democráticos, para que as pessoas, de fato, tenham condições de prevenir doenças ou suas complicações. Remete-se também ao grau de relevância dada ao problema no âmbito da gestão, do planejamento, da monitorização e da avaliação das ações para controle (Ayres, 2009).

Como tecnologia avaliativa de políticas públicas em saúde, Bellato, Araújo e Castro (2008) apresentam o Itinerário Terapêutico (IT), em virtude da possibilidade de apreender discursos e práticas que emitem diferentes sentidos por meio dos quais se questiona os princípios da integralidade e resolutividade na atenção à saúde.

O tema IT é discutido no Brasil desde a década de 80. Os estudos de Pinheiro, Gerhardt, Ruiz e Silva Junior (2016, p. 13) ressaltam o seu uso “[...] como constructo teórico-metodológico em investigações sobre doenças, sofrimentos, aflições e perturbações de pessoas em situações concretas de doença”.

A necessidade de maiores contribuições para o tema justificou desenvolver este estudo que se pautou na seguinte pergunta de investigação: Na perspectiva de pessoas adultas com DF, quais e como ocorrem as ações previstas na PNAIDF?

Desse modo, a presente investigação teve como objetivo compreender a atenção à saúde dispensada aos adultos com DF, por meio da reconstrução de itinerários terapêuticos.

1. MÉTODOS

Este estudo é derivado de uma pesquisa mais ampla, ainda em curso, que tem como objetivo norteador: analisar a integralidade do cuidado a indivíduos portadores de DF atendidos no estado de Alagoas, sob a perspectiva do trabalho em rede na atenção à saúde. Os dados aqui apresentados foram publicados (Vilela et al., 2019), em versão mais resumida, nas atas do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa - CIAIQ2019.

A utilização da pesquisa qualitativa tem sido muito valorizada, pois é notório que este tipo de estudo busca compreender e interpretar a lógica interna dos participantes, os quais se pretende estudar, fornecendo-lhes o conhecimento de sua verdade, além de despertar a compreensão, descrição e a análise da realidade por meio da dinâmica das relações sociais (Taquette & Minayo, 2016). Para o presente estudo foi realizada uma pesquisa do tipo qualitativa descritiva exploratória com abordagem qualitativa em grupo de pessoas com DF vinculadas aos Centros de Referência (CRs) do estado de Alagoas, Brasil. Os CRs do Estado possuem um cadastro total de, aproximadamente, 526 pessoas com DF, entre crianças, adolescentes e adultos. Estes centros são responsáveis pelo acompanhamento e tratamento da doença.

1.1 Participantes

Para a pesquisa, foram entrevistadas sete pessoas adultas, sendo duas do sexo masculino, com idades de 30 e 32 anos, e cinco do sexo feminino, com idades variando de 20 a 40 anos. Os entrevistados apresentaram em comum um histórico clínico e laboratorial de DF do tipo grave (SS - anemia falciforme). A escolha dos participantes foi intencional procurando a representatividade e considerando que a extensão do objeto e a complexidade do estudo devem orientar o tamanho da amostra na pesquisa qualitativa (Minayo, 2015).

1.2 Produção dos dados

Para levantamento e identificação dos itinerários terapêuticos das pessoas com DF foram realizadas entrevistas utilizando-se um roteiro semiestruturado, com foco nos significados de se tratar de pessoa com DF e nos caminhos utilizados para lidar com os agravos em saúde e/ou doenças. Para tanto, partiu-se da seguinte solicitação: *Conte-me a história de sua vida considerando a doença falciforme, desde a história que lhe contaram de quando você era criança, até os dias de hoje.*

Todas as entrevistas foram efetuadas nos CRs onde o sujeito realizava seu acompanhamento, por escolha do próprio participante, num único encontro. As narrativas foram gravadas em meio digital, com a anuência do entrevistado. Assim, cada entrevista caracterizou um texto, e o conjunto desses textos constituiu o *corpus* de análise desta pesquisa, representando a voz das pessoas com DF.

1.3 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas gravadas em áudio, o material foi submetido à análise de conteúdo, na modalidade temática. Para isso, inicialmente, procurou-se reconhecer os significados emergentes nos relatos. Em seguida, foram identificados os conteúdos frequentes e a seleção de excertos de falas das entrevistadas que os exemplificassem. Os principais significados foram agrupados em duas categorias: 1) Os itinerários na busca ao acesso ao cuidado nas redes de saúde; e 2) Os itinerários e o vínculo usuário-equipe no cuidado à pessoa com DF. A discussão dos resultados ora apresentada foi feita com base na análise conjunta do material empírico coletado na pesquisa, tendo como eixo norteador a PNAIPDF (Brasil, 2005).

O estudo teve o respaldo ético vinculado à pesquisa geradora dos dados com aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL, sob CAAE nº 60437416.2.0000.5013. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os seus nomes foram substituídos por nomes de línguas faladas pelos negros de origem *bantu*. Os centros de referência foram denominados de CR1 e CR2.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa utilizou-se a reconstituição do IT das pessoas com DF por considerar que as experiências dos usuários na busca por atendimento a suas necessidades podem espelhar o funcionamento da rede de atenção à saúde na perspectiva do cuidado integral.

Tendo-se como ponto de partida as diretrizes da PNAIPDF (Brasil, 2005) e a concepção defendida por Mattos (2009), de que pensar a integralidade, na prática, requer o esforço de profissionais e equipes em traduzir e responder às necessidades de saúde dos que procuram os serviços de saúde, o que é possível por intermédio do encontro e da escuta atenta entre usuário-profissional, foram identificadas duas categorias de análise: 1) Os itinerários na busca ao acesso ao cuidado nas redes de saúde; e 2) Os itinerários e o vínculo usuário-equipe no cuidado à pessoa com DF.

2.1 Os itinerários na busca ao acesso ao cuidado nas redes de saúde

Tendo a integralidade do cuidado como objetivo, o acesso consiste na perspectiva do atendimento oportuno e qualificado das necessidades de saúde do usuário. Nesse sentido, a reconstituição do IT trouxe elementos atribuídos às necessidades do cotidiano e, também, os processos e os caminhos trilhados para conseguir utilizar efetivamente os serviços e as tecnologias de que precisa.

Observou-se que todos os participantes relataram algum tipo de dificuldade de acesso, seja no momento do diagnóstico, seja no tratamento da doença e/ou das complicações. As narrativas de Bemba, Tonga e Ajaua demonstram as experiências de busca por cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), em Alagoas.

Sobre o acesso ao diagnóstico precoce, assim relataram:

Eu tinha 3 anos e 9 meses (ao diagnóstico). Porque até então dizia que era hepatite, que era outros tipos de doença, mas a gente não sabia realmente o que era. Aí, foi através desse médico que foi descoberto. Primeiro não foi descoberto, feito logo a eletroforese pelo exame de sangue normal, porque eu tava em crise muito forte e eu não conseguia mais andar, aí ele fez o exame e quando fez o exame diagnosticou uma anemia, só que não soube de imediato a anemia que era (Bemba).

A garantia de acesso, de boa qualidade de atenção, de atenção integral à saúde, de cuidados preventivos e esquemas de tratamento, postulada na PNAIPDF, tem efeito positivo de ação de saúde pública sobre direitos humanos. O atendimento integral, proposto na PNAIPDF, prevê que os três níveis de atenção devem ser articulados entre si. Todos os entrevistados nasceram antes da PNTN (Brasil, 2001), o que não exige a responsabilidade da promoção da assistência aos indivíduos com diagnóstico tardio pelos programas estaduais.

No conjunto das narrativas produzidas neste estudo, foi possível identificar que, embora prevista na IV diretriz da PNAIPDF, a garantia do acesso aos medicamentos e tratamentos essenciais, o modo de operação da regulação desse acesso ocorre de forma não governamental (Cecílio et al., 2014), ou seja, não formal, em alguns IT: Bemba recorreu à justiça para garantir o acesso à prótese; para Tonga, a compra da hidroxiureia, com a ajuda de amigos e da família, foi a solução encontrada para garantir a continuidade do tratamento.

[...] eu vejo que a falta da Hidroxureia tá prejudicando muito a qualidade de vida desses pacientes. Eu, pessoalmente, eu tô tentando comprar. Então, eu chego realmente, pedindo socorro à minha família, até mesmo aos meus amigos pra juntar. Tô comprando de uma, às vezes compro de dois pra não parar a medicação. E a minha medicação já tá quase no fim, então tô fracionando: tomando dia sim, dia não, pra não ficar sem tomar de vez, até conseguir comprar a próxima caixa. (Tonga)

As dificuldades de acesso à média complexidade – consultas especializadas e exames – colocam-se como um dos grandes desafios das pessoas com DF, com vários pontos de estrangulamento dos serviços de saúde, como demonstram as seguintes conversas:

[...] a gente não tem acessibilidade à ortopedia, principalmente especialista. A demora maior é ortopedia, que a gente sofre muito, corre muito e sempre leva um não, não, não, porque assim, nem todo ortopedista quer pegar o nosso caso, por ser um caso mais específico. [...] Eu desenvolvi uma necrose de fêmur, acho que mais ou menos há dois anos que eu tô em tratamento. Já tô encaminhada pra cirurgia, mas eu tenho muita dificuldade em fazer cirurgia por conta da prótese que é adulta, então meu quadril não tem uma formação como de um idoso, que já é muito maior, então tinha que ser uma prótese infantil. Foi isso que eles alegaram. E pra eu receber essa prótese infantil, eu tenho que pegar uma autorização jurídica, pra que eu pudesse receber essa prótese. (Bemba).

O maior problema da minha vida... acredito que, por ter a doença e a saúde do Estado não ter recursos pra suprir as necessidades. Então é um problema. (Ajaua)

França (2015), estudando o acesso da pessoa com DF ao Hemocentro da Bahia, concluiu que há necessidade de descentralização do serviço de hematologia no Estado, bem como, maior aproximação do serviço com os outros níveis de atenção à saúde, com o objetivo de garantia de equidade no acesso ao serviço e integralidade no tratamento desta população.

Silva, Bellato e Araújo (2013) sinalizam que esse tipo de vivência mostra a fragmentação da assistência prestada pela maioria dos serviços e profissionais do SUS, e coloca a carga da família suprir as lacunas deixadas por suas práticas no atendimento às necessidades intensas e mutáveis que apresentam.

O documento aqui estudado (PNAIPDF) expressa compromisso não só com a sobrevivência, mas também com a qualidade de vida das pessoas com DF, vendo-as como um todo e em relação com seu ambiente, pais e família. Porém, a proteção e o cumprimento desses direitos dependem, diretamente, do acesso à saúde.

2.2 Os itinerários e o vínculo usuário-equipe no cuidado à pessoa com DF

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), a *criação de vínculos* requer o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, com escuta atenta às necessidades de saúde dos usuários e envolvimento e responsabilização dos profissionais de saúde na tentativa de solucionar os problemas que lhes são apresentados.

A seguir, a reconstituição do IT de Kioko, Ajaua e Tonga aponta essas experiências com as diversas instâncias do cuidado.

Sobre a atenção básica em saúde:

Eu não sinto necessidade do PSF, né. Porque quando eu tô precisando, o médico que eu confio mesmo, quando eu preciso é a doutora do CR1 (Kioko).

Segundo a PNAIPDF, o acolhimento das pessoas com DF deve ocorrer, inicialmente, pelos CRs, com posterior referência à ABS, a fim de que esta coordene o cuidado necessário (Brasil, 2005, 2015). Nas reconstruções do IT, evidencia-se a pouca participação da atenção básica na produção do cuidado e a baixa articulação entre esses serviços.

Observa-se que não há, em nenhuma das narrativas dos participantes, indícios de que o cuidado é compartilhado entre as diversas instâncias do sistema de saúde. Todavia, é evidente a vinculação dos participantes com os CRs:

[...] tudo que acontece, a gente vai muito pro CR2, então eu frequento mais o CR2 do que o posto de saúde. Geralmente só pra marcar alguns exames, quando não está marcando no CR2. [...] O CR2, eu acho o hospital muito bom, porque lá a gente tem psicólogo, fisio, médicos, enfermeiros, enfermeira chefe, assistente social, recepcionista... Tudo que um hospital tem. Mas ele só funciona pelo dia. Então, eu acho que se fosse 24 horas seria melhor e amenizaria o sofrimento de muitos pacientes com anemia falciforme (Ajaua).

O episódio de dor aguda e crônica é a complicação mais comum e causa de maior necessidade de cuidados em saúde na DF. Esta ocorrência aumenta com a idade e, no adulto, impede, significativamente, sua funcionalidade (Sil, Cohen, & Dampier, 2016). Assim, a pessoa adulta com DF é uma assídua utilizadora de ações de média densidade tecnológica, estando o cuidado muitas vezes concentrado nos centros especializados (CR). Isto promove uma forte vinculação com esses centros. Este apoio fornecido pelo CR foi relatado por Ataíde e Ricas (2017) como forma eficiente de enfrentamento às complicações da doença. Historicamente, os hemocentros e as universidades são os centros de referência para atenção em DF.

Esta fragilização do vínculo com as demais instâncias de atenção à saúde, que não seja o CR, é reforçada por dois elementos: a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para conduzir a crise dolorosa e a acanhada comunicação entre o usuário e a equipe de saúde, como narraram Tonga e Bemba:

[...] mas eu vejo que o atendimento, em relação ao SUS, falta muito dessa paciência, de saber o que realmente acontece numa crise dolorosa, o que realmente o paciente tá sentindo àquela hora. Não é pela minha cara que vai dizer. É qual meu nível de dor. Claro que, às vezes, eu chego acabada, chego chorando. Às vezes até já eu vi uns amigos meus chegando aos gritos. Isso realmente acontece, porque realmente a coisa é insuportável ao extremo. Mas não é uma aparência física que vai dizer se eu estou com muita dor (Tonga).

Não só olhando do meu ponto de vista, mas de alguns pacientes que reclamam muito. Que eles [profissionais da emergência] fossem mais compreensivos, porque tem paciente que fala que o médico diz: faça tal coisa e diz: não, você vai precisar disso e pronto. Tá, eu entendo que eles têm o conhecimento do estudo e tal, mas tem paciente que realmente tá sentindo a dor, então eles conhecem mais a dor que eles tão sentindo. Entendeu? Então, o negócio é: não, esse remédio aqui é fraquinho, mas vai passar. Tipo, tem uns que não vai, então... é mais compreensão (Bemba).

A revisão publicada por Brandow e DeBaun (2018) destaca que a experiência da dor na DF é complexa e subjetiva. Na doença, herdada geneticamente, a dor se desenvolve ao longo da vida do indivíduo e a sua avaliação e o controle devem ocorrer no contexto do modelo biopsicossocial. Assim, esta dor que começa no primeiro ano de vida requer cuidado interdisciplinar e humanizado. Shook et al. (2016) chamaram a atenção para a importância de uma equipe multiprofissional treinada e de uma assistência adequada, tanto na atenção básica como na especializada, sendo esta a garantia de êxito no tratamento da DF.

Assim, pode-se inferir que a comunicação entre as equipes de saúde, nos seus diversos níveis, bem como entre usuário e equipe, é um elemento estruturante das redes de atenção à saúde. Parte-se do pressuposto de que, numa rede coordenada, capaz de garantir o acesso e a continuidade do cuidado, é preciso considerar as interações entre os diferentes atores envolvidos no processo de cuidar. Nesse sentido, a comunicação se impõe como eixo estruturante da atenção integral, como afirmam Lima e Rivera (2009):

A construção da integralidade passa pela instituição de estruturas e mecanismos reguladores dos fluxos de usuários entre os serviços, mas passa fundamentalmente pela mudança nos modos de interação entre profissionais e usuários e entre as equipes de profissionais e gestores. Como essa interação se dá, fundamentalmente, por meio da linguagem, isso exige novos processos de comunicação. (p. 333)

O Estado tem sido desafiado para a reconstrução de modelos de atenção à saúde capazes de detectar necessidades de médio e longo prazo dos indivíduos, garantindo o desenvolvimento da nação com maior igualdade e justiça (Cohn, 1995). As diretrizes e as ações implementadas pelo Estado são as políticas sociais e, entre elas, cabe destacar as políticas de saúde, por meio de programas e oferta de serviços para atender grupos da população. A PNAIPDF teve origem fora do sistema de saúde, a partir da atuação do movimento negro organizado com pouca participação das instâncias de gestão do SUS nesse processo. Este facto pode estar a influenciar o desdobramento heterogêneo dessa política entre os diversos Estados do país, com forte dependência, entre

outros fatores, da vontade dos gestores, da governabilidade e da pressão dos grupos de interesse (Brasil, 2015; Máximo, 2009, Werneck, 2016).

Observa-se que, no estado de Alagoas, ainda não ocorreu o reconhecimento da DF como uma patologia com merecida agenda específica (Almeida et al., 2018), necessitando de atuação mais consistente e capaz de responder adequadamente às necessidades expressas no estudo. A vulnerabilidade programática exibida nas trajetórias dessas pessoas para resolver suas necessidades de saúde apresenta uma estreita relação com o racismo institucional, e coloca em evidência as implicações do sistema de saúde em seus itinerários.

Assim, a análise sobre o IT deste grupo de pessoas com DF caracterizou-se como um estudo com potencial de elaborar medidas por parte do poder público, visando o posicionamento deste frente à problemática da DF em Alagoas e contribuindo para a superação da invisibilidade da doença.

CONCLUSÕES

O presente estudo trouxe elementos para entender o lugar ocupado pelas práticas dos serviços e dos profissionais no modo como as pessoas adultas com DF buscam pelo cuidado, demonstrando a necessidade de maior articulação entre as diversas instâncias do cuidado, bem como repensar as atitudes e a forma de interação com as pessoas com DF, lidando com os obstáculos em busca da construção de encontros verdadeiros. Como fatores vulnerabilizadores dessa desarmonia, pode-se identificar: a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para conduzir as urgências da DF e a insuficiente comunicação entre o usuário e a equipe de saúde.

Os caminhos e as estratégias adotados pelas pessoas adultas com DF, na experiência de busca por cuidados, forneceram subsídios para inferir que, em Alagoas, as diretrizes estabelecidas pela PNAIPDF ainda não são plenamente atendidas, mesmo após treze anos de sua instituição. Ou seja, Alagoas tem uma frágil rede de saúde, proporcionando importante vulnerabilidade programática a esse grupo de pessoas. Sendo assim, é premente que o Estado viabilize a efetivação dos direitos inerentes às pessoas com DF, de forma a assegurar a dignidade humana, equidade e igualdade.

O estudo teve como limitação a inclusão apenas de participantes adultos com DF. Assim, torna-se necessário replicar a pesquisa com cuidadores, profissionais de saúde e gestores. Sugere-se, ainda, que sejam realizados novos estudos envolvendo outros domínios de vulnerabilidade.

Por fim, conclui-se que a reconstituição do IT é uma tecnologia potente para conhecer e avaliar as práticas relacionadas à integralidade em saúde, e pode trazer subsídios para a organização do cuidado no que se refere ao manejo da pessoa com DF.

AGRADECIMENTOS

Esta investigação foi financiada pelo DAGEP/SGEP - Ministério da Saúde, FAMED/UFAL, e PIBIC/CNPq.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. C., Caldas, L. N. C. F., Santos, B. C. O., Santos, S., Vilela, R. Q. B., & Riscado, J. L. S. (2018). Evolução da política nacional de atenção à pessoa com doença falciforme: pesquisa documental. Poster apresentado no Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia – HEMO2018, São Paulo, SP, Brasil.
- Ataide, C. A., & Ricas, J. (2017). O enfrentamento do diagnóstico da doença falciforme: Desafios e perspectivas vivenciadas pela família. *Scientia Plena*, 13(5), 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.14808/sci.plena.2017.059908>.
- Ayres, J. R. D. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18, 11-23.
- Bellato, R., Araujo, L. S., & Castro, P. (2008). O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In R. Pinheiro, A. G. S. Silva, & R. A. Mato, organizadores. *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas* (pp. 169-185). Rio de Janeiro, RJ: Cepesc, IMS, UERJ, Abrasco.
- Braga, J. A. P., Veríssimo, M. P. de A., Saad, S. T. O., Cañado, R. D., & Loggetto, S. R. (2016). Guidelines on neonatal screening and painful vaso-occlusive crisis in sickle cell disease: Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular: Project guidelines: Associação Médica Brasileira - 2016. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 38(2), 147-157. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjhh.2016.04.001>
- Brandow, A. M., & DeBaun, M. R. (2018). Key Components of Pain Management for Children and Adults with Sickle Cell Disease. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 32(3), 535-550.
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). *Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística e hemoglobinopatias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde (2005). *Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme* - PNAIPDF. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (2015). *Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Cançado, R. D., & Jesus, J. A. (2007). A doença falciforme no Brasil Sickle cell disease in Brazil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 29(3), 204-206.
- Cecilio, L. C. D. O., Carapineiro, G., Andreazza, R., Souza, A. L. M. D., Andrade, M. D. G. G., Santiago, S. M., & Spedo, S. M. (2014). O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1502-1514.
- Cohn, A. (1995). Políticas sociais e pobreza no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 2(12), 1-18.
- Ferreira, S. L., Cordeiro, R. C., Cajuh, F., & Silva, L. S. D. (2013). Vulnerabilidade de pessoas adultas com doença falciforme: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(4), 711-718.
- França, S. A. D. B. A. (2015). *Fatores que interferem no acesso de pessoas com doença falciforme ao Hemocentro Coordenador da Bahia* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador). Acedido em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18325/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MP%20SIMPLICIA%20FRAN%C3%87A.%202015.pdf>
- Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 345-353.
- Kikuchi, B. A. (2007). Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 29(3), 331-338.
- Lima, J. D. C., & Rivera, F. J. U. (2009). Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 329-342.
- Mattos, R. A. (2009). Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos (pp. 43-68). In R. Pinheiro, R. A. Mattos (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, RJ: UERJ/IMS/ABRASCO.
- Máximo, C. (2009). *Política de atenção integral à pessoa com doença falciforme no estado do Rio de Janeiro e os desafios da descentralização* (Dissertação de Mestrado). DOI: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2349>
- Minayo, M. C. S. (2015). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Pinheiro, R., Gerhardt, T. E., Ruiz, E. N. F., & Silva Junior, A. G. da. (2016). O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. da Silva Junior (Orgs.), *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 13-26). Rio de Janeiro, RJ: CEPESC. Acedido em <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>
- Santos, B. C. O., Caldas, L. N. C. F., Almeida, A. C., Vilela, R. Q. B., Riscado, J. L. S., Santos, S., & Cunha, M. F. S. (2018). *Triagem neonatal para hemoglobinopatias no estado de Alagoas*. Poster apresentado no Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia – HEMO2018, São Paulo, SP, Brasil.
- Shook, L. M., Farrell, C. B., Kalinyak, K. A., Nelson, S. C., Hardesty, B. M., Rampersad, A. G., & Crosby, L. E. (2016). Translating sickle cell guidelines into practice for primary care providers with Project ECHO. *Medical education online*, 21(1), 33616.
- Sil, S., Cohen, L. L., & Dampier, C. (2016). Psychosocial and functional outcomes in youth with chronic sickle cell pain. *The Clinical journal of pain*, 32(6), 527-533.
- Silva, A. H. da, Bellato, R., & Araújo, L. (2013). Cotidiano da família que experiencia a condição crônica por anemia falciforme. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 437-446.
- Taquette, S. R., & Minayo, M. C. (2016). Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 417-434.
- Vilela, R. Q. B., Cavalcante, J. C., Cavalcante, B. F., Araújo, D. L., Lôbo, M. D. M., & Nunes, F. A. T. (2012). Quality of life of individuals with sickle cell disease followed at referral centers in Alagoas, Brazil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 34(6), 442-446.
- Vilela, R., Caldas, L., Correia, B., Almeida, A., Silva, M. A., & Santos, S. J. (2019). A integralidade do cuidado em saúde na doença falciforme: uso de itinerário terapêutico no apoio à pesquisa qualitativa avaliativa. *CIAIQ2019*, 2, 746-755.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25, 535-549.
- Zago, M. A., & Pinto, A. C. S. (2007). Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 29(3), 207-14.



millenium

ENGENHARIAS, TECNOLOGIA, GESTÃO E TURISMO ENGINEERING, TECHNOLOGY, MANAGEMENT AND TOURISM INGENIERÍA, TECNOLOGÍA, ADMINISTRACIÓN Y TURISMO

O GOVERNO EMPRESARIAL E A ESTRUTURA DA DÍVIDA: O CASO DAS PME PORTUGUESAS	357
CORPORATE GOVERNANCE AND DEBT STRUCTURE: THE CASE OF PORTUGUESE SMES	357
GOBIERNO CORPORATIVO Y ESTRUCTURA DE LA DEUDA: EL CASO DE LAS PYMES PORTUGUESAS	357
A IMPORTÂNCIA DAS CERTIFICAÇÕES ECOLÓGICAS E DAS TIC NA PROMOÇÃO DO TURISMO SUSTENTÁVEL – ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE TURISMO RURAL	369
THE IMPORTANCE OF ECO-LABELS CERTIFICATIONS AND ICT IN THE PROMOTION OF SUSTAINABLE TOURISM – CASE STUDY OF A RURAL TOURISM UNIT	369
LA IMPORTANCIA DE LAS ECOCERTIFICACIONES Y LAS TIC EN LA PROMOCIÓN DEL TURISMO SOSTENIBLE – ESTUDIO DE CASO DE UNA UNIDAD DE TURISMO RURAL	369
VIABILIDADE DA PRODUÇÃO DE CDR PROVENIENTE DE UMA INSTALAÇÃO DE TMB – CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS E ECONÓMICAS	379
THE VIABILITY TO PRODUCE RDF FROM A MBT INSTALLATION – TECHNICAL AND ECONOMIC FEATURES	379
VIABILIDAD DE PRODUCIR CDR DE UNA INSTALACIÓN TMB - CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y ECONÓMICAS	379
DAS REDES SOCIAIS AO ENGAGEMENT: O CASO DE TRÊS MARCAS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	389
FROM SOCIAL MEDIA TO ENGAGEMENT: THE CASE OF THREE ALCOHOLIC DRINK BRANDS	389
DE LAS REDES SOCIALES AL ENGAGEMENT: EL CASO DE TRES MARCAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	389
OS MEIOS DE PROVA EM PROCESSO PENAL: O SERVIÇO SOCIAL FORENSE E A PROVA TESTEMUNHAL	399
THE MEANS OF PROOF IN CRIMINAL PROCEEDINGS: THE FORENSIC SOCIAL WORK AND THE TESTIMONIAL EVIDENCE	399
LOS MEDIOS DE PRUEBA EN LOS PROCESOS PENALES: EL TRABAJO SOCIAL FORENSE Y LA PRUEBA TESTIMONIAL	399

Millenium, 2(ed espec nº5), 357-368.



O GOVERNO EMPRESARIAL E A ESTRUTURA DA DÍVIDA: O CASO DAS PME PORTUGUESAS
CORPORATE GOVERNANCE AND DEBT STRUCTURE: THE CASE OF PORTUGUESE SMES
GOBIERNO CORPORATIVO Y ESTRUCTURA DE LA DEUDA: EL CASO DE LAS PYMES PORTUGUESAS

António Pedro Pinto^{1,2}
Carla Manuela Henriques^{1,3}
José Manuel Rodrigues¹

¹Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Viseu, Portugal

²Centro de Investigação em Serviços Digitais – CISEd, Viseu, Portugal

³Centro de Matemática da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

António Pedro Pinto - spinto@estv.ipv.pt | Carla Manuela Henriques - carlahenriq@estv.ipv.pt | José Manuel Rodrigues - josemprodiguez@gmail.com



Corresponding Author

António Pedro Pinto

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu
Campus Politécnico
3504-510 Viseu - Portugal
spinto@estv.ipv.pt

RECEIVED: 20th March, 2019

ACCEPTED: 30th November, 2019

RESUMO

Introdução: O estudo do governo empresarial nas decisões financeiras tem vindo a ganhar relevância, em particular, na estrutura de dívida, permanecendo em aberto, o modo como as suas características influenciam tais decisões. Consideraram-se três formas de endividamento (total, a curto prazo e a médio/longo prazo).

Objetivos: O estudo pretende avaliar se o governo influencia as decisões de financiamento das empresas, tendo presente a natureza da propriedade (familiar vs. não-familiar).

Métodos: Recorreu-se à regressão linear múltipla para estimar os modelos explicativos das variáveis de endividamento e ao método dos mínimos quadrados com erros padrões robustos.

Resultados: As empresas familiares apresentam maior endividamento total assumindo a propriedade interna um papel relevante. Independentemente da natureza de propriedade, maior rendibilidade está associada a menor endividamento, enquanto que a dimensão tem um impacto positivo no endividamento total. Por outro lado, nas empresas familiares a concentração de propriedade estabelece uma relação não linear (em forma de U) com o endividamento total, enquanto que nas não familiares a relação entre as duas variáveis não se revelou significativa.

Conclusões: A propriedade interna e a concentração de propriedade determinam a estrutura de endividamento de forma diferenciada nas empresas familiares e não familiares.

Palavras-chave: propriedade; governo empresarial; estrutura da dívida; PME's

ABSTRACT

Introduction: The study of corporate governance in financial decisions has gained relevance, particularly in debt structure, while remaining open how its characteristics influence such decisions. In this study, three forms of debt were considered (total, short term and medium/long term).

Objectives: The study aims to analyze whether government influences corporate financing decisions, bearing in mind the nature of ownership (family vs. non-familiar).

Methods: Multiple linear regression models to explain debt variables were estimated using least squares method with robust standard errors.

Results: Family businesses have higher total indebtedness with managerial ownership playing a relevant role. Regardless of the property nature, higher return is associated with lower debt, while size has a positive impact on total debt. On the other hand, the nature of property is a differentiating factor in the way in which concentration of ownership is related to debt: In family-owned companies the concentration of ownership establishes a nonlinear (U-shaped) relationship with total indebtedness, but in non-family-owned companies the relationship between the two was not significant.

Conclusions: Managerial ownership and concentration of ownership determine the debt structure differently in family and non-family businesses.

Keywords: property; corporate governance; debt structure; SMEs

RESUMEN

Introducción: El estudio del gobierno corporativo en las decisiones financieras ha ganado relevancia, particularmente en la estructura de la deuda, mientras permanece abierto cómo sus características influyen en tales decisiones. En este estudio, se consideraron tres formas de deuda (total, corto plazo y mediano/largo plazo).

Objetivos: El estudio tiene como objetivo analizar si el gobierno influye en las decisiones de financiamiento corporativo, teniendo en cuenta la naturaleza de la propiedad (familiar versus no familiar).

Métodos: Se estimaron modelos de regresión lineal múltiple para explicar las variables de deuda utilizando el método de mínimos cuadrados con errores estándar robustos.

Resultados: Las empresas familiares tienen un mayor endeudamiento total y la propiedad gerencial desempeña un papel relevante. Independentemente de la naturaleza de la propiedad, un mayor rendimiento está asociado con una menor deuda, mientras que el tamaño tiene un impacto positivo en la deuda total. Por otro lado, en las empresas familiares, la concentración de la propiedad establece una relación no lineal (en forma de U) con el endeudamiento total, pero en empresas no familiares la relación entre los dos no fue significativa.

Conclusiones: La propiedad interna y la concentración de propiedad determinan la estructura de la deuda de manera diferente en las empresas familiares y no familiares.

Palabras Clave: propiedad; gobierno corporativo; estructura de la deuda; PYME

INTRODUCTION

In recent years small and medium enterprises (SMEs) have been subject of numerous studies for their capacity to generate work and for the role they play as creators of wealth. The difficulties SMEs have in obtaining financial resources together with the scant possibility of access to capital markets means that the credit market constitutes their main source of funding. For this reason, studying corporate governance and bank intermediation becomes of particular relevance particularly in debt maturity (Diego, 2017). Relationships with their creditors play a particularly important role for companies subject to greater information asymmetry.

A key issue concerning every firm is the choice of its capital structure, the debt structure, its impact on firm's performance and the role of associated agency conflicts are extensively researched topics. A number of specific factors, such as the nature of ownership, play an important role in determining debt as they can reduce agency costs and increase business value (Hayat, Yu, Man, and Jebran, 2018). Seminal papers by Jensen and Meckling (1976) and Grossman and Hart (1982) create an image of a firm with separation of ownership from management, where clash of interests of two groups (owners and managers) demands control mechanisms to reduce resulting agency costs. The core of corporate governance is to implement and ensure such controlling mechanisms that balance interests of stakeholders of a firm and reduce agency costs. Implementing control mechanisms that ensure different interests of stakeholders and reduce agency costs is the main objective of corporate governance, with ownership structure playing a relevant role.

Our study contributes to the existing literature in different ways. This article identifies previous relationships between managerial ownership and debt structure (e.g. Florackis and Ozkan, 2009; Lundstrum, 2009). It also considers that the nature and concentration of ownership, the number of managers and shareholders are variables that help to capture more fully the way companies are managed. The analysis focuses on the institutional context of Portuguese SMEs which has specific characteristics: Portuguese companies have a very high concentration of ownership, contrasting for example the UK reality characterized by a very dispersed ownership and a high concentration of institutional holdings (Lundstrum, 2009). Moreover, the institutional context and the legal protection of the rights of Portuguese creditors and shareholders fit the continental model, which is distinct from the Anglo-Saxon model, namely in financial distress situations (Rajan and Zingales, 1995). The managers of Portuguese companies are more conservative, the size of companies is smaller and the capital market is less developed. Secondly, we broaden the scope of previous studies (e.g. Lundstrum, 2009, Allaya, Derouiche and Muessig, 2018)) by studying the extent to which nature and concentration of ownership condition debt policies.

In corporate governance, ownership structure is a crucial instrument in alleviating agency problems (Sun, Ding, Guo, and Li, 2016). Ownership concentration enables the controller to have massive influence in policy-making, particularly in the capital structure decision (e.g. Liu and Sun, 2010; Paramanatham, Ting and Kweh, 2018). Previous researches have emphasised the association between ownership concentration and corporate financing, with particular focus on capital structure decision (e.g. Bunkanwanicha, Gupta and Rokhim, 2008; Liu, Tian, and Wang, 2011). Only a few studies examined the association between ownership concentration and debt structure (Shyu and Lee, 2009).

Shareholders with concentrated ownership are found to help minimise agency problems through capital structure decision. Thus, understanding how ownership concentration affects debt structure is important. The shareholders can monitor and control their companies by deciding on their debt structure. Generally, shareholders favour debt financing in the companies to discipline and monitor managers' activities, and thus, ownership concentration is associated with high debt levels (Paramanatham, et al 2018). Driffield, Mahambre and Pal (2007) found ownership concentration positively affects the leverage of family companies in Malaysia, Thailand, and Indonesia. This finding was corroborated by Pindado and La Torre (2011) namely, the existence of a positive relationship between ownership concentration and leverage. On the other hand, many scholars agree shareholders prefer debt rather than equity financing to retain their control in the firm and avoid ownership dilution (e.g. Lundstrum, 2009; Zhang, 2013). They explain that controlling shareholders generally supervise and control the discretionary activity of managers via debt financing (Paramanatham, et al 2018).

However, other studies point to a negative link between ownership concentration and leverage on debt level. Short, Keasey and Dexbury (2002) for example found large external shareholdings are negatively related to debt level. This is a result of active engagement of external shareholders in controlling management in debt restructuring. In companies with high concentration of ownership, agency costs are low and therefore shareholders do not use debt as an instrument to control managers (Zhang, 2013).

The relationship between managerial ownership and capital structure has been particularly prominent in literature (eg. Chung, 2012; Ganguli, 2013, Hayat, Wang and Ma, 2016). Empirical evidence shows significant differences between countries. Few studies (e.g. Short, Keasey and Duxbury, 2002; Brailsford, Oliver and Pua, 2002; Pindado and De La Torre, 2011) have considered the nonlinear relationship between managerial ownership and debt. They also considered the interaction between managerial ownership with its impact on debt. Again the results from these few studies do not match.

Hayat et al. (2016) refer that the relationship between managerial ownership and debt has further complications. According to Short et al. (2002), managerial ownership increases the discretionary power of managers. Managers get more control over the

financial decisions like reduction of debt. They get more control over the firm and make financing decisions in their favour. Ganguli (2013) finds that entrenched management with comparatively less debt and no outside monitoring increases agency costs.

This study intends to make a contribution in this field in the context of Portuguese SMEs. Thus, its main objective is to study the effect of ownership in terms of the nature and structure of property in the maturity of corporate debt.

This work is organized as follows: the importance of corporate governance and relationship bank in debt structure is reviewed in the next section; Section 3 presents the methodology, data and variables used; Section 4 presents the main results obtained and finally, the main conclusions of this study are discussed in Section 5.

1. SURVEY OF THE LITERATURE

Corporate governance incorporates a set of concerns that have received particular attention (Salas, 2002). The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD, 2004) describes it as a system through which business is managed and controlled, specifying the rights and obligations of the different participants: the board of directors, management, shareholders, etc. This system sets out the rules and procedures for decision making, defines the structure by which objectives are set and provides the means to achieve and control them. Tirole (2006) states that the company's governance is a set of institutions that induces managers to internalize the interests of the stakeholders that participate in it.

The separation of ownership and control creates conflicts of interest between investors (owners and creditors) and management, hence the need to develop internal and external control mechanisms capable of harmonizing them, given the difficulty in completing contracts to resolve them (Baysinger and Hoskisson, 1990). Investors provide financial resources that need to be remunerated, and the company must implement a set of mechanisms that prevent some stakeholders from being privileged with value creation (Prowse, 1995).

From the above, it has been difficult to gather consensus on the concept of "corporate governance", a probable symptom of its complexity and scope. In spite of this, all the definitions have in common the idea that there is a question of sharing of power and results between the different parties, whose interests are not always coincident.

The managers prefer to have greater control over the company's decisions than the banks are willing to grant, and also contribute to reducing this dependence. Empirically Hoshi et al. (1993) observed that the greater the free cash flow of the company, the greater the incentive of owners and managers to reduce dependence on and control over banks.

The corporate governance literature has given importance to contractual problems between capital holders and managers and to the study of the mechanisms available to investors to control their resources and minimize conflicts. However, the work carried out on the concentration of ownership gives a new focus to the theory of the agency: it moves the main / agent relationship to the connection between majority and minority owners where the expropriation of "private benefits" takes on a preponderant role, provoking conflicts of interest (La Porta et al., 2000, Gregoric and Vespro, 2003).

The considerations made throughout this section are intended to study large companies. However, in the field of business finance, SMEs have gained greater importance because of the particularities they contain. These include the family nature of the ownership and control structure, which means that the contractual relations established in the company, as well as economic ties, often include family ties. In the first generation, the ownership of these companies is concentrated in the family nucleus and the direction usually falls to the founder. This coincidence between ownership and direction reduces agency costs caused by the conflict of interests between the principal and the agent. The relations that are established are very intense and can provide externalities that are manifested by a greater commitment, trust and loyalty between the contracting parties. All the participants of the company have a greater predisposition to value them, given the trust placed in the legitimate behaviour of the founder. However, relationships become more complex as the business grows and is subject to succession processes. New generations arise, ownership fragments, information asymmetries are greater, and agency problems increase between direction and ownership. The problems of agency are more difficult to solve, insofar as contractual relations coexist with family relationships (Schulze et al., 2001). Management positions in this type of business tend to remain within the family, without sufficient capacity being assured to perform this function, which can lead to significant losses for the company. The fact that the relationships between the stakeholders are based on family ties can condition not only the creation of value but also the way in which it is shared by the participants. The origins of power, within any company, provide the rights of control over resources or the existence of asymmetric information (Schulze et al., 2002). In the case of the family business there is another source of power that comes from the fact that the participant is a member of the controlling family. This duality gives it a privileged position within the organization, enabling it to enjoy "private benefits". The power obtained by the rights conferred by the resources is legitimate, contrary to the information asymmetry and kinship relations that allow the expropriation of income generated by other resources. Therefore, in addition to the mechanisms necessary to any organization, complementary mechanisms should be established to regulate family relations.

An open question that has gained relevance in the literature is related to the needs and characteristics of financing companies, associated with the nature of ownership. Céspedes et al. (2010) report that Latin American companies tend to seek capital debt,

especially when loss of control is a problem. In turn, Brav (2009) finds that UK firms depend almost exclusively on foreign capital. In the same line, Anderson et al. (2003) and Ellul (2009) report that US family firms have higher indebtedness ratios relative to non-family members. Ellul (2009) recognizes that companies based in countries with high investor protection tend to have higher indebtedness values and, consequently, greater ability to attract foreign capital rather than equity.

Schulze et al. (2001) point out, however, that family businesses are not immune to high agency costs. This is due, in particular, to the absence of efficient capital market control, the inefficiency of the labour market in family businesses (eg. lack of promotion prospects for non-household managers) and self-esteem for family managers. Bopaiah (1998) also points out that the advantages associated with family leadership should be weighed against the drawbacks of family litigation, succession, and power struggles.

Another line of research that seeks to understand how companies are financed has underlying the asymmetry of information they are subject to in the credit and capital market. In this sense, Diamond (1984) states that banking intermediation plays an important role in collecting information by reducing the high levels of information asymmetry that family business are subject to. The information opacity associated with high levels of concentration of ownership generates moral hazard problems (Bopaiah, 1998), leading Hillbrecht (1999) to assert that shareholders must incur supervision costs and promote periodic detailed audits of minimize.

For Stiglitz and Weiss (1981), information asymmetry generates moral hazard and adverse selection problems, which causes an increase in the cost of external resources. The problem of moral hazard is posed a posteriori, unlike the adverse selection that is placed a priori. Adverse selection promotes an increase in the interest rate and gives rise to two effects of contradictory signals on the expected profitability of the bank: on the one hand, if clients comply with debt service, there is an expected increase in profitability, on the other hand, in the case of non-compliance, the risk increases and the profitability decreases (Stiglitz and Weiss, 1981). From a certain amount, the second effect overlaps the first, situation in which an increase in the interest rate leads to the decrease in the profitability expected by the bank. Under these circumstances, the bank no longer has incentives to raise the interest rate, preferring to ration credit. Adverse selection and moral risk have counterproductive effects on bank profitability, since banks receive the amount contractually established, they do not benefit from the high profits of credit borrowers (when they occur), but in return they incur losses when company cannot comply with debt service.

The problems that the asymmetry of information originates in the credit market lead the banks to adopt screening techniques in the pre-contractual phase, speeding up the selection process of credit bidders. In the post-contractual phase, banks develop monitoring and control techniques by putting into practice a set of mechanisms capable of penalizing companies that deviate from the previously established and thus minimizing agency costs (Ramakrishnam and Thakor, 1984). One means of control exercised over the borrower is to use short- or medium-term bank debt to finance long-term projects. Thus, the company is forced to periodically renegotiate contractual conditions, requiring a "correct" behaviour to maintain its financing on reasonable terms until the end of the project (Diamond, 1984).

Petersen and Rajan (1995) point out that the relationships established with the banking entities are fundamental to the company and the increase in the number of banking entities may be associated with inefficiency of management, insofar as the control exercised by each entity is less efficient, a phenomenon called free-rider (Bolton and Scharfstein, 1996, Hart, 1995). The problem of the free-rider is caused by the presence of several financial intermediaries in situations in which the company is in financial difficulties. In this case, the entity granting additional credit bears all additional risk arising from an insolvency situation, but may only benefit from part of the profit on success, and no entity risks giving credit. Strong banking relationships are essential if young and small firms are to be financed under the best conditions. In this line Keasey K. et al. (2015) report that young family firms have a capital structure where equity is predominant.

Another current in the literature indicates that the higher levels of indebtedness in family companies come from agency conflicts with management. According to Stulz (1988) higher levels of indebtedness provide greater supervision. Households who do not participate in management can increase debt, thereby inducing greater oversight by creditors, reducing potential opportunistic behaviour of management.

Finally, when households exercise control, through participation in the management body, the levels of indebtedness are lower. Two arguments support this rationale: first, because family management is risk-averse, then because, according to agency theory, family involvement in management can lead to lower levels of debt as a consequence of the substitution effect of management: more direct monitoring of household management reduces the need for recourse to debt as a mechanism to prevent opportunistic management behaviour (Harford et al., 2008).

In addition to the constraints mentioned, Suto (2003) argues that the size of the company can also exert a positive influence on the use of indebtedness. Du and Dai (2005) suggest that the relationship between company size and indebtedness tends to be positive, due to economies of scale, stronger bargaining power among creditors, and the opportunity for diversification associated with less risk of non-compliance.

In turn, the profitability, and according to the theory of pecking order, establishes an inverse relation with the recourse to the debt. This is because the conflict of interests between internal and external creditors leads to a preference for internal resources

relative to external financing (Suto, 2003). Profitability can, however, be positively associated with recourse to debt, as lenders tend to lend more credit to firms with higher cash flows (Rajan and Zingales, 1995).

2. METHODS

An important issue in business financing decisions stems from the relevance of different attributes (internal and external) (Rajan and Zingales, 1995; Hall, Hutchinson, Michaelas, 2004). Corporate governance, the costs of financial and agency difficulties associated with debt, profitability, growth, asset structure, size and age, have been associated with levels of indebtedness and suggested as business determinants of capital structure (Watson and Wilson, 2002; Sogorb-Mira, 2005; Heyman, Svaleryd and Vlachos, 2013; Degryse, de Goeij and Kappert, 2012). Several other variables have been considered in the literature as determinants of indebtedness, such as the nature of the property, the ownership concentration, the managerial ownership, the number of managers, the profitability and the number of banks (Chung and Chan, 2012, Pinto and Augusto, 2014).

Three dependent variables are considered in this study to measure indebtedness: Short-term debt, medium and long-term debt and total debt (Table 1). Besides the dependent variables, Table 1 presents the independent variables considered in this study, demarcating the control variables.

The sample used in this study includes records of 14 203 SMEs listed in the Iberian Balances Analysis System (SABI) database. This data base contains information about Portuguese and Spanish companies, but only SMEs that met the following criteria were included in the sample:

- Firms in the field of activity of manufacturing activity;
- Number of employees between 5 and 250;
- Complete information regarding the studied variables.

Table 1 – Dependent and independent variables

Variables	Expression	
Debt structure	Short-term debt	Short-term debt / (Total debt + Equity)
	Medium and long-term debt	Medium and long-term debt / (Total debt + Equity)
	Total debt	Total debt / (Total debt + Equity)
Property nature	Family	Dichotomous variable with value 1 if at least 50% of the property is familiar
	Non-family	Dichotomous variable with a value of 0 if at least 50% of the property is non-family
Property structure	Ownership concentration (<i>OC</i>)	Ownership of the majority owner / Total ownership
	Managerial ownership (<i>MO</i>)	Property held by those holding management positions / Total ownership
	Number of managers (<i>Nman</i>)	Number of managers
	Number of shareholders (<i>Nsha</i>)	Number of shareholders
Control variables	Performance (<i>ROA</i>)	ROA (EBIT/ Assets)
	Number of Bank (<i>Nbank</i>)	Number of banks with which company establishes relationships
	Company Size (<i>Size</i>)	Logarithm of asset Logarithm of sales Number of employees
	Maturity (<i>Age</i>)	Age

The financial information obtained from SABI relates to the year 2014. For data description, percentages are used for categorical variables, and means, with standard deviations (SD), for quantitative variables. The comparison between family and non-family firms, with respect to quantitative variables, was carried out with t-test. Applying Principal Component Analysis, the three variables considered as measures of the size of the companies were reduced to a single dimension indicator. Multiple linear regression models were estimated to explain each of the three debt variables considered in this study. However, given that family firms have specific characteristics that differentiate them in many aspects of non-family firms, we have chosen to analyse separately these two groups of companies. Thus, for family and for non-family firms, and for each of the three debt variables, the following model was considered:

$$Debt_i = \beta_0 + \beta_1 OC_i + \beta_2 MO_i + \beta_3 Nman_i + \beta_4 Nsha_i + \beta_5 ROA_i + \beta_6 Nbank_i + \beta_7 Size_i + \beta_8 Age_i + \varepsilon_i$$

Each model was estimated by ordinary least squares. The significance of the variables was evaluated based on robust standard errors, since evidence of heteroskedasticity was found (Breusch-Pagan test for heteroskedasticity). Nonsignificant variables were removed from the models.

All statistical analysis was performed with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 24, and STATA, version 14.

3. RESULTS

Among the 14 203 enterprises of the sample, 12 218 (86%) are family businesses. Table 2 presents the mean and standard deviation of the debt variables for family and non-family firms. For family firms, significantly higher levels of indebtedness were found, either in terms of medium and long-term debt or of total indebtedness. For short term debt, a higher mean value was found for family firms but, at the level of 0.05, no significance could be established.

Table 2 – Summary statistics for the dependent variables

	Non-family firms (1985)	Family firms (12218)	t-statistics
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Short-term debt	0.41 (0.21)	0.42 (0.23)	-1.66*
Medium and long-term debt	0.16 (0.18)	0.19 (0.19)	-5.36***
Total debt	0.58 (0.23)	0.61 (0.23)	-5.74***
* p<0.1			
** p<0.05			
***p<0.01			

Family firms also have significantly higher values of managerial ownership, number of shareholders and performance (ROA) (Table 3), while, for the remaining variables, lower values for family firms was found.

Table 3 – Summary statistics for the independent variables

	Non-family firms (1985)	Family firms (12218)	t-statistics
	Mean (SD)	Mean (SD)	
Ownership concentration (OC)	74,09 (28.10)	63,19 (24.43)	16.3***
Managerial ownership (MO)	9,62 (16.89)	93,98 (17.15)	-205.7***
Number of managers (Nman)	5.46 (3.5)	2,74 (1.8)	33.9***
Number of shareholders (Nsha)	2.31 (2.17)	2,44 (1.45)	-2.5**
Performance (ROA)	0,05 (0.11)	0,06 (0.12)	-4.3***
Number of Banks (Nbank)	2.25 (1.71)	1,32 (1.4)	22.8***
Company Size (Size)			
Logarithm of asset	6,57 (0.66)	5,71 (0.58)	54.1***
Logarithm of sales	6,50 (0.69)	5,75 (0.52)	46.1***
Number of employees	55,86 (56.16)	19,80 (24.37)	28.2***
Maturity (Age)	26,62 (18.64)	20.57 (13.37)	13.9***
* p<0.1			
** p<0.01			
***p<0.001			

Several regression models were estimated for each measure of indebtedness, with non-significant variables being removed one at a time.

Regression coefficients for total indebtedness are reported in Table 4. For family firms, the model explains 8% of total debt variation. Managerial ownership has a positive effect on total indebtedness, as does the size. On the contrary, *ceteris paribus*, the increase in the number of managers, in the performance (ROA) and in the number of banks contributes to the decrease of total indebtedness. The ownership concentration initially has a negative but decreasing effect on total indebtedness, but this effect becomes positive and increasing to higher values of ownership concentration, since the square of this variable has a positive significant coefficient. More precisely, as the concentration of ownership increases to a certain extent, indebtedness decreases, but with a diminishing effect. From a certain point the effect becomes positive and increasing.

The model estimated for non-family firms provides evidence that size has a positive effect on total indebtedness (Table 4), but, on the contrary, the number of managers, the performance and the number of banks are negatively associated with total indebtedness. That is, *ceteris paribus*, large firms tend to have high levels of total indebtedness, while companies with high ROA values, or with many managers or with many banks tend to have low levels of total indebtedness. The model explains 6.7% of the variation of total indebtedness.

Table 4 – The OLS regression results for total indebtedness

	Family firms		Non-family firms	
	Coef.	Robust Std. Err.	Coef.	Robust Std. Err.
Managerial ownership (<i>MO</i>)	0.0002909**	0.0001234		
Number of managers (<i>Nman</i>)	-0.0160807***	0.0014977	-0.0068452***	0.0019124
Performance (<i>ROA</i>) - <i>ROA</i>	-0.408043***	0.0194069	-0.492866***	0.0582738
Number of banks (<i>Nbank</i>)	-0.0214438***	0.0017594	-0.0115985***	0.0032918
Company Size (<i>Size</i>)	0.0291769***	0.0031703	0.013251**	0.0055172
Ownership concentration (<i>OC</i>)	-0.0023142***	0.0005676		
Square of ownership. conc. <i>OC</i> ²	0.0000234***	0.00000407		
Intercept	0.7208511***	0.0226699	0.6464041***	0.0108769
R ²	0.0804		0.0665	

* p<0.1

** p<0.05

***p<0.01

For short-term debt (Table 5), the estimated model for family firms reveals a relation of debt with the independent variables similar to the one obtained for total indebtedness. Managerial ownership has a positive effect on short-term debt, as does the size. On the other hand, *ceteris paribus*, a large number of managers or of the number of banks, as well as a high *ROA*, contributes to reduce short-term debt. For the ownership concentration, a non-linear relationship of the same type as that established for total indebtedness was observed: for lower values of ownership concentration, the effect is negative but decreasing, eventually becoming positive and increasing to higher values of ownership concentration.

Table 5 – The OLS regression results for short-term debt

	Family firms		Non-family firms	
	Coef.	Robust Std. Err.	Coef.	Robust Std. Err.
Managerial ownership (<i>MO</i>)	0.0002906**	0.0001175		
Number of managers (<i>Nman</i>)	-0.0156463***	0.0014207	-0.0068658***	0.0017442
Performance (<i>ROA</i>) - <i>ROA</i>	-0.1966973***	0.0184612	-0.2400523***	0.045951
Number of Banks (<i>Nbank</i>)	-0.017533***	0.0017868	-0.0062919**	0.0031515
Company Size (<i>Size</i>)	0.0467462***	0.0031807	0.0103414**	0.0051965
Ownership concentration (<i>OC</i>)	-0.0032414***	0.000545	0.0004246**	0.0001685
Square of ownership. conc. <i>OC</i> ²	0.0000272***	0.00000397		
Maturity (<i>Age</i>) - <i>Age</i>			-0.00156***	0.0002764
Intercept	0.5604968***	0.0216106	0.4736079***	0.0166402
R ²	0.0386		0.0609	

* p<0.1

** p<0.05

***p<0.01

For non-family firms, the model provides evidence that ownership concentration has a positive relation with short-term debt and with size (Table 5). On the other hand, *ceteris paribus*, firms with a high number of managers, *ROA*, age or number of banks tend to have a lower short-term debt.

Analysing medium and long-term debt (Table 6), there is no evidence that managerial ownership has any effect on the level of indebtedness, neither for family nor for non-family firms. As in previous models, the regression coefficient for performance (measured by *ROA*) is negative and significant. Regarding the number of managers, for family firms, the sign of the coefficient remained negative, but for non-family firms it is positive. Thus, in contrast to what was observed for the other indebtedness variables, in non-family companies, a higher number of managers is associated with higher levels of medium and long-term debt. Similarly, the coefficient of ownership concentration has opposite sign for family and non-family businesses, being positive for the former and negative for the latter. Furthermore, for family companies, there is also a negative and significant association with the number of banks, while for non-family businesses this variable is no longer significant. For non-family firms the maturity (age) is also significantly related with medium and long-term debt, more precisely, *ceteris paribus*, older firms tend to have lower levels of medium and long-term debt.

Table 6 – The OLS regression results for medium and long-term debt

	Family firms		Non-family firms	
	Coef.	Robust Std. Err.	Coef.	Robust Std. Err.
Managerial ownership (<i>MO</i>)				
Number of managers (<i>Nman</i>)	-0.0033207***	0.0010397	0.0037269***	0.0011843
Performance (<i>ROA</i>) - ROA	-0.2262109***	0.0152849	-0.2547693***	0.0431872
Number of Banks (<i>Nbank</i>)	-0.0083207***	0.001318		
Company Size (<i>Size</i>)				
Asset growth rate (<i>AG</i>)				
Ownership concentration (<i>OC</i>)	0.000364***	0.0000798	-0.0004011***	0.0001405
Square of ownership. conc. <i>OC</i> ²				
Maturity (<i>Age</i>) - Age			-0.0004832*	0.0002464
Intercept	0.1964445***	0.0070878	0.1966879***	0.0136467
R ²	0.038		0.0331	

* p<0.1

** p<0.05

***p<0.01

CONCLUSIONS

In this study, using a sample of 14 203 Portuguese SMEs, cross-sectional, additional empirical evidence is provided for the effect of government on debt structure. This issue is of particular importance for companies at the level of aggregate economic activity, financial stability and even at the level of the financial system architecture. In addition, our empirical analysis focuses on SMEs, which represent over 99.5% of the Portuguese economy, where the banking system plays a central role in financing these businesses units.

This study expands the knowledge of debt structure inducers emphasizing the importance of the relationship between corporate governance and the structure of debt in the Portuguese context, using two proxies: property nature and property structure.

This study provides evidence that the higher the performance, the lower the indebtedness, regardless of whether or not the company is familiar. Furthermore, either for family or non-family firms, the company size has a positive impact on the total debt and short-term debt. Moreover, family and non-family businesses are similar in the relation that total debt and short-term debt establish with the number of banking institutions and the number of managers (as these numbers increase, levels of indebtedness decrease).

However, results suggest that the debt structure is clearly distinct when one considers the nature of ownership. Significantly higher values of indebtedness were found for family firms. Also, management ownership is a determinant factor in the way family businesses structure their indebtedness but is not relevant in non-family ones. In addition, in family firms, ownership concentration has a non-linear U-shaped relation with total debt and short-term debt. For non-family firms, this study revealed a linear positive relation of ownership concentration with the short-term debt, but no significant relation was found with total debt.

The main constraint of this study stems from the difficulty of collecting information and the fact that a significant number of studies focus on countries with very different legal, regulatory and market institutions from the Portuguese reality.

An important limitation of this study is that it only contemplates cross section data of the year 2014; a panel data study and more recent information would be desirable. Panel data methodologies allow us to characterize the change in the response variable over time and the factors that influence this change and can provide more efficient estimates.

In spite of the identified limitations, the study allowed us to deepen our knowledge of the impact that corporate governance (in particular the nature of ownership) has on debt maturity.

As a future work proposal, this research should be extended to other sectors of activity, besides manufacturing, in the context of Portuguese SMEs, and broaden the time horizon under study. Another line of inquiry should incorporate other features of corporate governance enriching the proposed empirical model.

ACKNOWLEDGMENTS

This work is funded by National Funds through the FCT - Foundation for Science and Technology, I.P., within the scope of the project Ref^a UIDB/05583/2020. Furthermore, we would like to thank the Research Centre in Digital Services (CISeD) and the Polytechnic of Viseu for their support.

REFERENCES

- Allaya, M., Derouiche, I., & Muessig, A. (2018). Voluntary disclosure, ownership structure, and corporate debt maturity: A study of French listed firms. *International Review of Financial Analysis*. (Article in press)
- Anderson, R. C., Mansi, S.A., & Reed, D. M. (2003). Founding family ownership and the agency cost of debt. *Journal of Financial Economics*, 68(2), 263-285.
- Baysinger, B., & Hoskisson, R.E. (1990). The composition of boards of directors and strategic control: effects on corporate strategy. *Academy of Management Review*, 15(1), 72-87.
- Bolton, P., & Scharfstein, D. (1996). Optimal debt structure and the number of creditors. *Journal of Political Economy*, 104(1), 1-25.
- Bopaiah, C. (1998). Availability of credit to family business. *Small Business Economics*, 11(1), 75-86.
- Brailsford, T. J., Oliver, B. R., & Pua, S. L. (2002). On the Relation Between Ownership Structure and Capital Structure. *Accounting & Finance*, 42(1), 1-26.
- Brav, O. (2009). Access to capital, capital structure, and the funding of the firm. *Journal of Finance*, 64, 263-308.
- Bunkanwanicha, P., Gupta, J., & Rokhim, R. (2008). Debt and entrenchment: Evidence from Thailand and Indonesia. *European Journal of Operational Research*, 185(3), 1578-1595.
- Céspedes, J., González, M., & Molina, C. (2010). Ownership and capital structure in Latin America. *Journal of Business Research*, 63, 248-254.
- Chung, C. Y. (2012) Substitutability Between Institutional Monitoring and Debt Monitoring. *International Research Journal of Finance and Economics*, 101.
- Chung, M., & Chan, T. (2012). Ownership structure, family leadership, and performance of affiliate firms in large family business groups. *Asia Pacific Journal of Management*, 29(2), 303-329.
- Clarkson, M. (1995). A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. *Academy of Management Review*, 20(1), 92-117.
- Degryse, H., de Goeij, P., & Kappert, P. (2012). The impact of firm and industry characteristics on small firms' capital structure. *Small Business Economics*, 38(4), 431-444.
- Diamond, D. (1984). Financial intermediation and delegated monitoring. *Review of Economic Studies*, 51(3), 393-414.
- Diego, P. (2017). Sovereign debt maturity structure under asymmetric information. *Journal of International Economics*, 108(1), 243-259.
- Dittmar, A., & Mahrt-Smith, J. (2007). Corporate governance and the value of cash holdings. *Journal of Financial Economics*, 83(3), 599-634.
- Driffield, N., Mahambre, V., & Pal, S. (2007). How does ownership affect capital structure and firm value: Recent evidence from East Asia. CEDI Discussion Paper Series Working Paper No. 07-04. West London: Brunel University.
- Du, J., & Dai, Yi, (2005). Ultimate Corporate Ownership Structures and Capital Structures: Evidence from East Asian Economies. *Corporate Governance: An International Review*, 13 (1), 60-71.
- Ellul, A. (2009). Control motivations and capital structure decisions. Working Paper, Indiana University.
- Florackis, C., Kostakis, A., & Ozkan, A. (2009). Managerial ownership and performance. *Journal of Business Research*, 62(12), 1350-1357.
- Ganguli, S. K. (2013). Capital Structure-Does Ownership Structure Matter? Theory and Indian Evidence. *Studies in Economics and Finance*, 30(1), 56-72.
- Gillan, S. & Starks, L. (2000). Corporate governance proposals and shareholder activism: the role of institutional investors. *Journal of Financial Economics*, 57(2), 275-305.
- Gorton, G., & Schmid, A. (2000). Universal Banking and the Performance of German Firms. *Journal of Financial Economics*, 58(1-2), 29- 80.
- Gregoric, A., & Vespro C. (2003). Block Trades and the Benefits of Control in Slovenia. Working Paper No. 29/2003, <http://ssrn.com/abstract=444500>
- Grossman, S., & Hart, O. (1982). Corporate Financial Structure and Managerial Incentives. *The Economics of Information and Uncertainty*, University of Chicago Press, pp. 107-37.

- Hall, G.C., Hutchinson, P.J., & Michaelas, N. (2004). Determinants of the capital structure of European SMEs. *Journal of Business & Accounting*, 31 (5-6), 711-728.
- Harford, J., Li, K. & Zhao, X. (2008). Corporate Boards and the Leverage and Debt Maturity Choices. *International Journal of Corporate Governance*, 1(1), 3-27.
- Hart, O. (1995). Corporate Governance: Some Theory and Implications. *The Economic Journal*, 105(430), 678-689.
- Hart, O., & Moore, J. (1995). "Debt and Seniority: An Analysis of the Role of Hard Claims in Constraining Management." *American Economic Review*, 85, no. 3: pp. 567-585.
- Hayat, M., Yu, Y., Man, W., & Jebran, K. (2018). Impact of Managerial and Institutional Ownership on Capital Structure: A Comparison Between China & USA. *European Journal of Business and Management*, 10(24), 69-80.
- Hayat, M., Wang, M., & Ma, J. (2016). The Impact of Ownership Structure on Corporate Debt Financing: Evidence from the Manufacturing Sector of Pakistan. *The International Journal of Management Theory and Practices*, 17, 92-109.
- Heyman, F., Svaleryd, H., & Vlachos, J. (2013). Competition, takeovers, and gender discrimination. *ILR Review*, 66(2), 409-432.
- Hillbrecht, R. (1999). *Economia monetária*. São Paulo, Atlas.
- Hoshi, T., Kashyap, A., & Scharfstein, D. (1993). The choice between public and private debt: an analysis of post-deregulation corporate finance in Japan. NBER Working paper, 4421. Acedido em <http://ssrn.com/abstract=227327>
- Jensen, M., & W. Meckling (1976). Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Cost and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3, 305-60.
- Johnson, P. Boone, A. Breach, E., & Friedman (2000). Corporate governance in the Asian financial crisis. *Journal of Financial Economics*, 58(1-2), 141-186.
- Keasey, K., Martinez, B., & Pindado, J. (2015). Young family firms: Financing decisions and the willingness to dilute control. *Journal of Corporate Finance*, 34, 47-63.
- La Porta, R., López de Silanes, F., Shleifer, A., & Vishny, R. (2000). Agency problems and dividend policies around the world. *Journal of Finance*, 55(1), 1-33.
- Liu, G., & Sun, J. (2010). Ultimate ownership structure and corporate disclosure quality: Evidence from China. *Managerial Finance*, 36(5), 452-467.
- Liu, Q., Tian, G., & Wang, X. (2011). The effect of ownership structure on leverage decision: New evidence from Chinese listed firms. *Journal of the Asia Pacific Economy*, 16(2), 254-276.
- Lundstrum, L. L. (2009). Entrenched management, capital structure changes and firm value. *Journal of Economics and Finance*, 33(2), 161-175.
- Organization for Economic Cooperation and Development (2004). Os Princípios da OCDE sobre o Governo das Sociedades. Acedido em <https://www.oecd.org/daf/ca/corporategovernanceprinciples/33931148.pdf>
- Paramanatham, N. S., Ting, I. W. K., & Kweh, Q. L. (2018). Ownership concentration and debt structure: Evidence from top 100 PLCs in Malaysia. *Institutions and Economies*, 10(3), 1-13.
- Petersen, M. A., & Rajan, R. G. (1995). The effect of credit market competition on lending relationships. *The Quarterly Journal of Economics*, 110(2), 407-443.
- Pindado, J., & La Torre, D. C. (2011). Capital structure: New evidence from the ownership structure. *International Review of Finance*, 11(2), 213-226.
- Pinto, A., & Augusto, M., (2014). Are There Non-linear Relationships between Ownership Structure and Operational Performance?. Empirical Evidence from Portuguese SMEs Using Dynamic Panel Data. *International Journal of Business Administration*, 5(3), 1-19.
- Prowse, S. (1995). Corporate governance in an international perspective. A survey of corporate control mechanisms among large firms in the US, UK, Japan and Germany. *Financial Market, Institutions and Instruments*, 4(1), 1-63.
- Rajan, R. G., & Zingales, L. (1995). What do we know about capital structure? Some evidence from international data", *Journal of Finance*, 50(5), 1421-1460.
- Ramakrishnam, R., & Thakor, A. (1984). Information reliability and theory of financial intermediation. *Review of Economic Studies*, 52, 415-432.
- Salas, V. (2002). El gobierno de la empresa. *Colección de Estudios Económicos*, 29.
- Schulze, W. S., Lubatkin, M. H., Dino, R. N., & Buchholtz, A. K. (2001). Agency relationships in family firms: Theory and evidence. *Organization Science*, 12(2), 99-116.

- Schulze, W., Lubatkin, M., & Dino, R. (2002). Altruism, agency, and competitiveness of family firms. *Managerial and Decision Economics*, 23(4-5), 247-259.
- Schulze, W., Lubatkin, M., Dino, R. & Buchholtz, A. (2001). Agency relationship in family firms: theory and evidence. *Organization Science*, 12(2), 99-116.
- Short, H., Keasey, K., & Duxbury, D. (2002). Capital structure, management ownership and large external shareholders: A UK analysis. *International Journal of the Economics of Business*, 9 (3), 375-399.
- Shyu, Y. W., & Lee, C. I. (2009). Excess Control Rights and Debt Maturity Structure in Family-Controlled Firms. *Corporate Governance: An International Review*, 17(5), 611-628.
- Sogorb-Mira, F. (2005). How SME uniqueness affects capital structure: Evidence from a 1994–1998 Spanish data panel. *Small Business Economics*, 25(5), 447-457.
- Stiglitz, J., & WEISS, A. (1981). Credit Rationing in Markets with imperfect information. *The American Economic Review*, 71(3), 393-410.
- Sun, J., Ding, L., Guo, J. M., & Li, Y. (2016). Ownership, capital structure and financing decision: evidence from the UK. *The British Accounting Review*, 48(4), 448-463.
- Stulz, R. (1988). Managerial control of voting rights: Financing policies and the market for corporate control. *Journal of Financial Economics*, 20(1–2), 25–54.
- Suto, M. (2003). “Capital structure and investment behaviour of Malaysian firms in the 1990s: A study of corporate governance before the crisis. *Corporate Governance: An International Review*, 11(1), 25-39.
- Tirole, J. (2006). *The Theory of Corporate Finance*. Princeton University Press, 15-20.
- Watson, R., & Wilson, N., (2002). Small and medium size enterprise financing: A note on some of the empirical implications of a pecking order. *Journal of Business Finance & Accounting*, 29 (3-4), 557-578.
- Zhang, L. L. (2013). The impact of ownership structure on capital structure: Evidence from listed companies in China. *The Journal of Finance and Economics*, 12(1), 1-30.
- Zingales, L. (1998). *Corporate Governance*. NBER, University of Chicago, *Working Paper*, 6309.



A IMPORTÂNCIA DAS CERTIFICAÇÕES ECOLÓGICAS E DAS TIC NA PROMOÇÃO DO TURISMO SUSTENTÁVEL –
ESTUDO DE CASO DE UMA UNIDADE DE TURISMO RURAL

THE IMPORTANCE OF ECO-LABELS CERTIFICATIONS AND ICT IN THE PROMOTION OF SUSTAINABLE TOURISM –
CASE STUDY OF A RURAL TOURISM UNIT

LA IMPORTANCIA DE LAS ECOCERTIFICACIONES Y LAS TIC EN LA PROMOCIÓN DEL TURISMO SOSTENIBLE –
ESTUDIO DE CASO DE UNA UNIDAD DE TURISMO RURAL

Lúcia Pato¹

¹Polytechnic Institute of Viseu, Agrarian School, CERNAS-IPV Research Centre, Viseu, Portugal

Lúcia Pato - mljesus@esav.ipv.pt



Corresponding Author

Lúcia Pato

Escola Superior Agrária de Viseu
Quinta da Alagoa - Estrada de Nelas, Ranhados
3500 - 606 Viseu - Portugal
mljesus@esav.ipv.pt

RECEIVED: 23th May, 2019

ACCEPTED: 27th December, 2019

RESUMO

Introdução: Numa era de problemas ambientais crescentes, a conduta sustentável dos empreendimentos de turismo, em particular do turismo rural, assume hoje uma importância fulcral. Uma boa parte do mercado tende efetivamente a procurar um empreendimento “amigo do ambiente” e socialmente responsável. Daí que as tecnologias de informação e comunicação (TIC), sejam fundamentais para a transmissão destes princípios.

Com efeito não só promotores, mas também empresas de *e-commerce* no ramo das viagens tomam consciência desta realidade e necessidade, tentando comunicar habilmente a respetiva oferta turística sustentável.

Um exemplo notável que realça a importância da sustentabilidade ambiental e social e as mais valias da utilização das TIC, está localizado na Região Viseu Dão-Lafões (RVDL), mais precisamente numa das comunidades mais interiores da mesma.

Objetivos: Tomando como unidade de análise um empreendimento de turismo rural na RVDL, o objetivo deste estudo é explorar a importância das estratégias de sustentabilidade e das TIC na entrega e promoção do produto turístico.

Métodos: De forma a permitir uma análise mais profunda, utiliza-se uma metodologia de estudo de caso. Para além de uma entrevista semiestruturada recorre-se à observação e análise da página web do empreendimento e a outros documentos eletrónicos.

Resultados: Na génese e desenvolvimento deste empreendimento houve sempre uma preocupação com o ambiente e com a comunidade. Daí que o empreendimento esteja em processo de certificação pela *Biosphere* e *Green Key*. Seja no desenvolvimento e atualização da página *web*, redes sociais, resposta a avaliações no *TripAdvisor* e no *Booking.com* e atualização de canais de divulgação quando são feitas reservas, a promoção/comunicação da oferta turística mais sustentável através das TIC, ocupa a maioria do tempo que a promotora dedica ao empreendimento.

Conclusões: A existência de uma conduta ambiental por parte do empreendimento de turismo rural, e a comunicação dessa conduta, assume-se como um ingrediente fundamental para o sucesso da atividade turística do empreendimento. Paralelamente isto é fundamental para a atração de um novo turista mais preocupado com as questões ambientais.

Palavras-chave: turismo rural; sustentabilidade; TIC; orientação para o consumidor

ABSTRACT

Introduction: In an era of increasing environmental problems, the sustainable conduct of tourism enterprises, particularly in rural tourism, is now of central importance. A good part of the market tends to look for an environmentally friendly and socially responsible enterprise. Hence, information and communication technologies (ICT) are fundamental for the transmission of these principles.

Indeed, not only promoters but also e-commerce companies in the field of travel are aware of this reality and need, trying to skillfully communicate their respective sustainable tourism offer.

A notable example that highlights the importance of environmental and social sustainability and the value of using information and communication technologies (ICT) is located in the Viseu Dão-Lafões Region (RVDL), more precisely in one of the most interior communities of the region.

Objectives: Taking as a unit of analysis a rural tourism enterprise in VDLR, the purpose of this study is to explore the importance of sustainability strategies and ICT for delivery and promotion of the touristic product.

Methods: In order to allow a deeper analysis, a case study methodology is used. In addition to a semi-structured interview with the entrepreneur of the unit, it was observed and analyzed the web page of the unit and other electronic documents.

Results: In the genesis and development of this enterprise there was always a concern with the environment and with the community. Hence, the enterprise is in a process of certification by Biosphere and Green Key. Whether it is in the development and updating of the web page, social networks, response to evaluations on TripAdvisor / Booking and updating channels of disclosure when reservations are made, the promotion / communication of the most sustainable tourism offer through ICT, occupies the majority of the time that the promoter dedicates to the enterprise.

Conclusions: The existence of an environmental conduct by the rural tourism enterprise, and the communication of this conduct, is assumed as a fundamental ingredient for the success of the tourist activity of the enterprise. Moreover, it is fundamental for the attraction of a new tourist more concerned with environmental issues.

Keywords: rural tourism; sustainability; ICT; customer orientation

RESUMEN

Introducción: En una era de problemas ambientales crecientes, la conducta sostenible de los emprendimientos de turismo, en particular del turismo rural, asume hoy una importancia fundamental. Una buena parte del mercado tiende efectivamente a buscar un emprendimiento "amigo del ambiente" y socialmente responsable. De ahí que las tecnologías de información y comunicación (TIC), sean fundamentales para la transmisión de estos principios.

En efecto, no sólo los promotores, sino también las empresas de comercio electrónico en el ramo de los viajes, toma conciencia de esta realidad y necesidad, tratando de comunicar hábilmente la respectiva oferta turística sostenible.

Un ejemplo notable que subraya la importancia de la sostenibilidad ambiental y social y las plusvalías de la utilización de las TIC, se encuentra en la Región Viseu Dão-Lafões (RVDL), más precisamente en una de las comunidades más interiores de la misma.

Objetivos: Tomando como unidad de análisis un emprendimiento de turismo rural en la RVDL, el objetivo de este estudio es explorar la importancia de las estrategias de sostenibilidad y de las TIC en la entrega y promoción del producto turístico.

Métodos: Para permitir un análisis más profundo, se utiliza una metodología de estudio de caso. Además de una entrevista semiestructurada se recurre a la observación y análisis de la página web del emprendimiento y otros documentos electrónicos.

Resultados: En la génesis y desarrollo de este emprendimiento hubo siempre una preocupación con el ambiente y con la comunidad. De ahí que el emprendimiento esté en proceso de certificación por *Biosphere* y *Green Key*. Sea en el desarrollo y actualización de la página web, redes sociales, respuesta a evaluaciones en TripAdvisor y en Booking.com y actualización de canales de divulgación cuando se hacen reservas, la promoción/comunicación de la oferta turística más sostenible a través de las TIC, ocupa la mayor parte del tiempo que la promotora dedica al emprendimiento.

Conclusiones: La existencia de una conducta ambiental por parte del emprendimiento de turismo rural, y la comunicación de esa conducta, se asume como un ingrediente fundamental para el éxito de la actividad turística del emprendimiento. Paralelamente esto es fundamental para la atracción de un nuevo turista más preocupado por las cuestiones ambientales.

Palabras Clave: turismo rural; sostenibilidad; TIC; orientación al consumidor

INTRODUCTION

In an era of increasing environmental problems, the sustainability of tourism, particularly in rural tourism, is now of central importance. Sustainable tourism should make optimal use of natural and environmental resources, respect the socio-cultural authenticity of host communities and provide socio-economic benefits to all stakeholders (UNWTO, 2019). This is important because a good part of the market tends to look for an environmentally friendly and socially responsible destination (Penz, Hofmann, & Hartl, 2017; Pulido-Fernández & López-Sánchez, 2016). Indeed, travel trends report for 2019 highlight, among others, that i) ecological tours are in demand, ii) tourists seek local experiences, iii) tourists seek history and culture (Mittiga, Silva, Wernet, Kow, & Kutschera, 2018).

Travel trends report for 2019 also emphasizes that the travel industry is continuously transforming as new technology is designed and developed – tourist suppliers need to step up to ensure that they don't feel behind. The majority of the travelers are comfortable researching, booking and planning their entire trip to a new travel destination and prefer to find out on their own the necessary information for their trip (Mittiga et al., 2018).

Among the most successful marketing strategies in the tourism market is "growth hacking", or the set of techniques which, through the minimum expenditure and effort possible, try to create a continuous increase in the attraction of tourists and company visibility and notoriety. This is even more important in a context of scarce resources typical of rural areas (Pato, 2019a; Pato & Kastenholz, 2017), notably in the most peripheral and lagging ones. Here, small business units of tourism need to use the more efficient and less expensive ways to communicate with the market.

Hence, information and communication technologies (ICTs) are fundamental for small business units of tourism for three major questions: i) they can improve the promotion of business's philosophy to a growing and distant market, ii) they offer the potential to make information and booking facilities available to large number and distant tourists at relatively low costs (Hojeghan & Esfangareh, 2011) and, iii) they are more sustainable tools of advertising and promotion (such as flyers). A bit everywhere rural tourism suppliers and e-commerce companies are aware of this reality and need, trying to skillfully communicate their respective sustainable tourism offer (Biosphere, 2019a).

Although the study of sustainable tourism is extensively explored in the literature, to the best of our knowledge, research concerning the link between sustainable rural tourism and ICT is sub-explored in tourism literature. Furthermore, there is only a very limited empirical evidence on which ICT affect the performance of rural tourism (Sedmak, Planinc, Kociper, & Planinc, 2016), particularly in Portugal.

Given the importance of sustainable strategies and ICT for rural tourism in service delivery and promotion (Peña, Jamilena, Ángel, & Molina, 2013), its fundamental to explore more about this relationship. This constitutes the sphere of study of the present work, which explores the importance of eco-labels certifications and ICT in one of the rural tourism units located in Viseu Dão-Lafões Region (VDLR). We choose VDLR because is one interior region of Portugal where tourism can play an important role in order to improve economic diversification. Then, we opted to study a particular unit because is one of the few or the only rural tourism enterprise in the region to get two sustainable certifications (Green Key and Biosphere).

The paper is structured as follows: apart of the introduction, we provide the literature review covering the two key areas of the study: sustainability and ICT. The methodology and the case study are then, presented in section 2. In section 3, we present the main results of the study. We conclude by summarising the study's main conclusions and highlighting its limitations, as well as proposing possible areas for future research.

1. LITERATURE REVIEW

1.1 The Sustainability of rural tourism and challenges

Sustainability issues have gained remarkable attention in recent decades. The Brundtland report, also known as "Our Common Future", nevertheless marks one of the milestones in terms of sustainable development. In this report the World Commission on Environment presented a new look at sustainable development, defining it as "development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their needs" (UN, 1987, p. 43). The report emphasizes the need for a relationship between the human being and the more harmonious environment. From here, the concept gains dimension and is emphasized. Successive World Conferences on Sustainable Development (also known as Summits of the Earth) are a good example of this.

Concerning tourism, given the commonly negative impacts of the activity (Mathieson & Wall, 1982), particularly in the so called "mass tourism", the issue of sustainability is nowadays particularly relevant. Sustainable tourism sees tourism within destination areas as a triangular relationship between host areas and their habitats and peoples, holidaymakers, and the tourism industry (Lane, 1994). It aims to minimise environmental and cultural damage, optimise visitor satisfaction and maximise long-term economic growth of the region and suppliers (Lane, 1994). As referred in the seminal work of Lane (1994) sustainable tourism is a tool for conservation and development. The World Tourism Organization (UNWTO, 2019) also shares this purpose, which express that sustainable tourism should:

- 1) make optimal use of natural/environmental resources that constitute a key element in tourism development, and conserve natural heritage and biodiversity;
- 2) respect the socio-cultural authenticity of host communities; conserve their built and living cultural heritage and traditional values;
- 3) ensure viable and long-term economic operations, providing socio-economic benefits to all stakeholders that are fairly distributed, including stable employment and income-earning opportunities and social services to host communities.

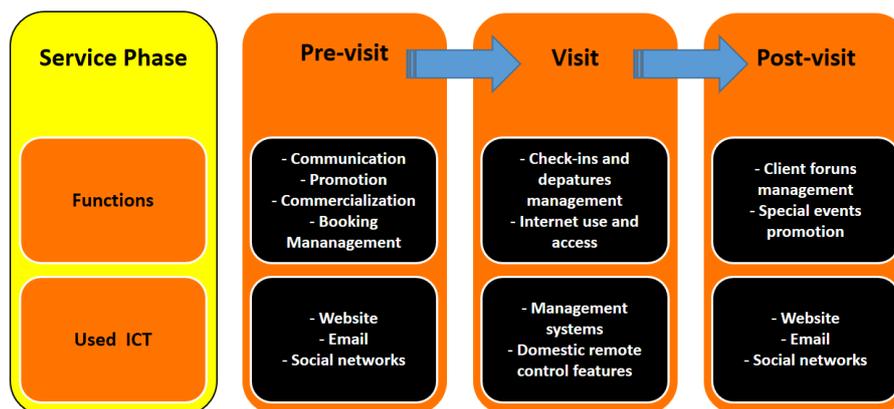
If tourism is an agent of development of rural areas (Kastenholz, 2014; Pato, 2012) it is very important conduct the activity in a sustainable way. This because it is very easy to damage the rural environment – repository of natural, cultural and historical heritage. If rural areas lose these primary resources also lose their attractiveness. Customers look for high quality and unspoiled scenery, for peace, quiet, personal attention in the rural environment (Lane, 1994; Pesonen & Komppula, 2010), that is the "rural idyllic" or nostalgic rural (Figueiredo, 2013), which small-scale tourism units can offer to their guests. This means that responsible and sustainable tourism in rural areas considers development that meets the needs of current tourists and all stakeholders in tourism (including host communities), while preserving and enhancing the potential for the use of tourist resources in the future without reduce the ability of future generations to meet their own needs (Angelkova, Koteskia, Jakovleva, & Mitrevskaa, 2012). In order to provide and guarantee memorable and sustainable experiences toward tourists some rural tourism enterprises (RTEs) have now the possibility to be sustainable certificate.

For its notoriety, we emphasize here the Biosphere certification and Green Key certification. The Biosphere certification which is supported by Unesco intends to guarantee an adequate long-term balance between the economic, socio-cultural and environmental dimensions of a destination/business, reporting significant benefits for a tourism entity, society and the environment (Biosphere, 2019b). Green Key is a voluntary eco-label awarded to more than 3000 hotels and other establishments in 57 countries – it is the leading standard for excellence in the field of environmental responsibility and sustainable procedures in tourism industry (GreenKey, 2019b).

1.2 The importance of ICT in the promotion of sustainable rural tourism

Communication in the tourist industry acquires special relevance, since the tourist product lives on the image that is create and the tourist product is often distant from consumers (Pato, 2019a). These consumers are increasingly independent and rigorous with tourist destinations and are more active in the search and dissemination of information via the world wide web (Roque, Martins, & Lopes, 2013). The so called "nowmad" traveller often plans his entire trip from the stays to the diets, through the tourist experiences, taking into account, mainly, their connectivity (Biosphere, 2019a). If we consider that we live in a world dominated by technology and internet and these tools are changing the way the world interacts and communicates (Keller, 2009), it is not surprising that even in rural tourism there are been an explosion of different means to communicate the product. This is particularly important for businesses located in regions with symptoms of any kind of economic poverty and in businesses distant of its markets, such as the ones located in interior rural areas (Pato & Kastenholz, 2017). The wealth and income generated in rural environments can be increased by improving strategically planned activities that enable rural tourism units to compete

efficiently in the market and develop themselves successfully (Peña et al., 2013). In this context, ICT are fundamental, sometimes the only medium via which RTEs can undertake strategies to communicate the rural product (Peña & Jamilena, 2010; Peña et al., 2013). Moreover with ICT, rural tourism businesses can “manage the demand” (Kastenholz, 2004) in a better and proper way. In the present case, the adoption of ICTs refers mainly to the use of the tools and applications associated with intensive use of internet (Romero & Valiente, 2005). They can act in three and interrelated phases (figure 1): pre-visit, visit and post-visit.



Source: Peña, Jamilena, Ángel, & Molina, 2013

Figure 1 - ICT use by RTEs

Indeed, ICTs allows RTEs reduce the effects of remoteness (Evans & Parravicini, 2005), to present themselves in the international market, reduce their dependency on intermediaries, direct promote their services (Álvarez, Martín, & Casielles, 2007) and manage forums with clients.

2. METHODS

2.1 Procedures

This work uses a case study approach. As a research method, the case study is used in many situations to contribute to knowledge of individual, a group of people and related phenomenon. It allows to focus on a case and retain an holistic and real-world perspective of it (Yin, 2014). The case study implies the use of diverse information sources. In this case, a semi-documental analysis and structured interview is used. The guideline for the interview was based on the literature review about sustainable tourism and ICT. Because this works focus on ICT, the interview was made by skype. It occurred on March 16th. In order to identify the main discourse of the promoter of the rural tourism enterprise, the interview was tap-recorded, transcribed and subject to content analysis. The objective in qualitative content analysis is to systematically transform a volume of text into a highly organised and concise summary of key results (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). The initial step begun with the reading of the interview to get a sense of the whole, i.e., to gain a general understanding of what the entrepreneur was talking about. Then, the text was divided into smaller parts or units, being these ones associated to labels: offer, sustainability, ICTs, communication of the enterprise, rural development, and so on.

Documental analysis, as a systematic procedure for reviewing and analysing documents printed or not (Bowen, 2009), was based on electronic documents about the rural tourism enterprise.

2.2 The case study

The rural tourism enterprise, which this study focus is located in VDLR. Particularly, in one of the most peripheral and interior communities of the region, municipality of Mangualde. The rural tourism enterprise, classified as a country house was born in a pedagogical farm with 2,5 ha in 2012 (Pato, 2019b). Currently the enterprise has three houses: “Casa do Carvalho” (Oak House), “Casa do Celeiro” (Barn House), “Casa das Aromas” (Aromas House) and one suite – “Quarto do Mocho” (Owl’s Room). Each house is prepared to receive up to four people, with a fully kitchenette that allows to prepare meals; the suite welcomes up to two people. The farm has many amazing places to rest and enjoy: the permaculture garden (“Ritinha” Garden), where the pesticides are banned and replaced by herbs and natural products for pest control; the biological pool instead of a conventional pool; the “Aldeia da Bicharada” where animals are in charge of mixing it with nature; the “Aromas Garden” with lovely aromatic plants, and the “Palmeiras Lounge”, with a fantastic environment. Moreover, apart other sustainable certifications, this enterprise is also certificate by “Acessible Portugal” to promote accessible and sustainable tourism to everyone.

3. RESULTS

3.1 Sustainability of the enterprise

The birth and development of this enterprise was based on sustainable principles. This is a concern shared not only by the promotor but also by the tourists who seem to search increasingly a sustainable destination (GreenKey, 2019a; Pulido-Fernández & López-Sánchez, 2016).

First at an environmental approach – the windows have double-glazing in order to provide an appropriate level of thermal insulation; the air-conditioned classified with A++ saves energy. Rainwater is routed to a plastic tank and after used for irrigation and watering of animals. As a replacement of a conventional pool, the promotor decided to create a biological pool that increases biodiversity of fauna and flora as well a water source for birds and other animals that go there to drink.

Therefore, it is not surprising that the touristic product is intended for persons with these concerns of sustainability. This “management of demand” (Kastenholz, 2004) and “customer orientation” (Peña et al., 2013) is fundamental nowadays, as the entrepreneur of the unit said:

“My product is mainly for persons (e.g., couples with children), who valorise the environment and its resources: animals, plants and the entire natural space (...) (...) and have concerns with water and energy use, for instance (...)”.

Apart of this sustainable approach, the tourism enterprise follows also principles of economic sustainability. Therefore the relationships with other economic suppliers of the region (e.g., natural soap producers, agricultural producers, sweet producers and local restaurants), which provide some products for the tourism enterprise. Moreover, the social sustainability is also a concern. Thus in order to revitalize local culture and some traditional festivals in the region, the enterprise has healthy connections with the local community and local entities. For example, the entrepreneur, committed to keeping alive the cultural values and memory of the people of the parish, performed a theatrical festival based on the romance “Retrato de Ricardina”.

The sustainability conduct of the enterprise is also visible and evident in its website. Apart of information related with sustainability in the main webpage of the enterprise, it has a specific tab for issues related with environmental and social sustainability.

Moreover, the accommodation is also in a process of sustainability certification, as it was said:

“They are two, the sustainable certifications that I hope that this house will reach in the very near future. For one hand the certification of Biosphere and for another hand the certification of Green Key. This is good for us because improves the performance of the enterprise (...) (...) we want to reduce the ecological footprint (...) (...) is also good for tourist because they will see and recognise the accommodations that are really sustainable. Even today we saw the demonstration that was made by young people about the climate change (...)”!

Moreover yet, Booking.com is partnering with Green Key to highlight Green Key awarded properties on its site as sustainable (GreenKey, 2019a). The promotor also shares this fact:

“Booking.com itself is already picking up the units that have the green key certification to be select by tourists when they select the accommodation. Green key has advanced in that direction. I think that Biosphere is going to present also a candidature to Booking with the purpose to be integrated in their channel (...)”!

Besides the environmental concern, as it was shared by the “the Brundtland report” the economic and social responsibility is also a concern of the RTE:

“But we have not only environmental concerns - we also have social concerns, that is about the community and we also have economic concerns (...)”.

It is important to emphasize however that these sustainable certifications attest that this enterprise is really a sustainable accommodation, but even without these, the enterprise was already sustainable!

3.2 ICT and communication of the sustainable enterprise

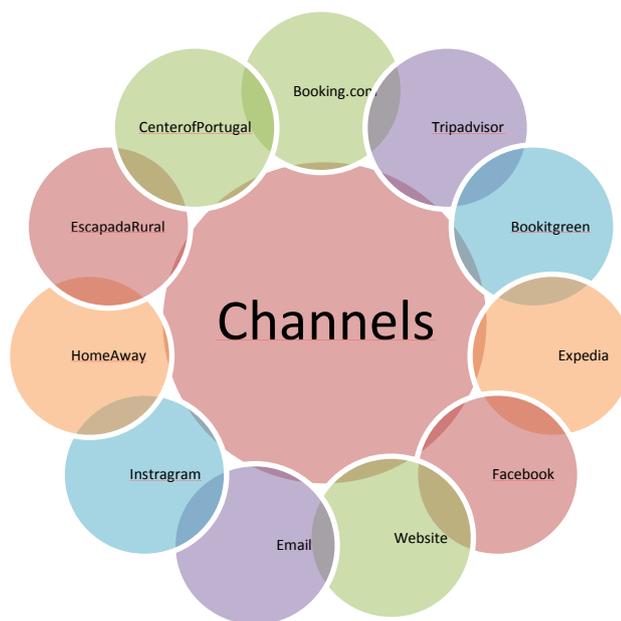
The importance of ICTs, mainly to communicate and promote the rural tourism enterprise is fundamental, allowing to reach distant and sometimes foreign markets (Peña & Jamilena, 2010; Peña et al., 2013). Accordingly, a great part of the time is dedicated to communicate the offer, as the supplier said:

“Around 70% of my time is dedicate to communicate and/or commercialize the offer. I emphasize facebook and instagram, update the site, respond to comments that are made on booking.com and tripadvisor, update of distribution channels, write publications for magazines and we have to do the texts and often translate the texts for english...”.

Indeed the enterprise use many tools to communicate the product.

“We use many tools to communicate our product. At once the web page and social networks, such as Instagram and Facebook (...) (...) the enterprise is also promoted by other platforms – HomeAway, Escapada Rural, Center of Portugal, Booking.Com, Trip, Advisor, Bookitgreen and Expedia...”.

Some of these channels are very dependent of the supplier. They are identified in the four below circles of the figure 2 and refer to the web page, email and social networks (facebook and instagram). These require a permanent dedication by the supplier and have a great impact on reservation in the unit. Indeed, almost 60% of the reserves in the enterprise are made directly, that is, without recourse of intermediaries.



Source: Own elaboration

Figure 2 - Principal ICT tools used to promote the enterprise

It is also interesting to note that some of these tools are specific of rural tourism enterprises, particularly *EscapadaRural*, while others, particularly *Bookitgreen*, are specific of sustainable accommodations.

Despite this, the promoter feels that some information are not reaching tourists, mainly to the foreign ones. She gave the example of a foreign couple with children that had difficulties to find an accommodating like the one that she has and that focuses on sustainability issues. For this reason, she decided to change the name, adding “pedagogical farm” to the existing name of the enterprise, as she said:

“I suggested a change in the name of the house. Thankfully, booking.com also agreed. Then, it stayed the name of the house plus «Pedagogic Farm». For instance for a Chinese the name «Casa das ...» doesn’t make sense, but «Pedagogic Farm», an universal concept, makes sense”.

Apart of these ICT tools, the promotor has also a management system to control demand, particularly a channel management. It has multiple functions: reserves management, email sending, communication to foreign and borders service (SEF), payments and so on.

CONCLUSIONS

The main contribution of the present study lies in the competitive strategy that is put forward in the form of adoption of sustainable conduct and use of ICT for the communication and delivery of the tourism product. This is particularly important because RTEs need strategies that are compatible with their scarce resources (financial and others) and that contribute to strengthening the elements most highly valued by tourists (Peña et al., 2013). This strategy seems to result since nowadays the RTE presented here has a reasonable occupancy rate, with perspectives for growing in the near future. Moreover, the region and the community will also be grateful for this sustainable conduct.

We also think that other RTEs of the region can be inspired by the example presented here. Therefore applying this combined strategy of sustainable conduct and ICT, other RTEs of the region can achieve better outcomes in terms of environmental, social and economic sustainability.

A second contribution of the study relates to the effect of “management of demand” and “customer orientation” that ICT allow. In fact, rural tourism may contribute to sustainable destination development but the realisation of this potential depends basically on the type and behaviour of the tourists attracted (Kastenholz, Eusébio, & Carneiro, 2018).

In each of the three phases – pre-visit, visit and post-visit, ICT are fundamental to attract a customer that value which is environmentally friendly and contributes to the well-being of the community

As an exploratory study, this work has certain limitations which themselves constitute future lines of future research. Because time constraints, we did only one interview to one tourism supplier. Therefore, it would be interesting to extend the study to other tourism rural suppliers of the region to see the strategy that they follow in terms of communication, specifically the use of ICT, relating this with management of demand and customer orientation. Another path for future research is to focus in tourists themselves to see in a deeper way what tools they used to choose the sustainable RTE.

ACKNOWLEDGMENTS

This work is funded by National Funds through the FCT - Foundation for Science and Technology, I.P., within the scope of the project Ref^a UIDB/00681/2020. Furthermore we would like to thank the CERNAS Research Centre and the CI&DETS of the Polytechnic Institute of Viseu for their support.

REFERENCES

- Álvarez, L. S., Martín, A. M. D., & Casielles, R. V. (2007). Relationship Marketing and Information and Communication Technologies: Analysis of Retail Travel Agencies. *Journal of Travel Research*, 45(4), 453-463.
- Angelkova, T., Koteskia, C., Jakovleva, Z., & Mitrevska, E. (2012). Sustainability and competitiveness of tourism. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2012, 221-227.
- Biosphere (2019a). *The definitive guide for sustainable tourism*. Retrieved from <https://www.biospheretourism.com/en/download-the-definitive-guide-for-sustainable-tourism/113>
- Biosphere (2019b). Help us change the world At Biosphere we bet on sustainable tourism. Retrieved from <https://www.biospheretourism.com/en/help-us-change-the-world/79>
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7, 93-99.
- Evans, G., & Parravicini, P. (2005). Exploitation of ICT for Rural Tourism enterprise: the case of Aragon, Spain. In D. Hall, I. Kirkpatrick, & M. Mitchell (Eds.), *Rural tourism and sustainable business* (pp. 103-120).
- Figueiredo, E. (2013). Mc Rural, No Rural or What Rural? Some reflections on rural reconfiguration processes based on the promotion of Schist Villages Network, Portugal. In L. Silva & E. Figueiredo (Eds.), *Shaping Rural Areas in Europe - Perceptions and Outcomes on the Present and the Future* (pp. 129-146). Dordrecht: Springer.
- GreenKey. (2019a). Booking.com and Green Key start a collaboration. Retrieved from <https://www.greenkey.global/stories-news-1/2018/2/23/bookingcom-and-green-key-start-a-collaboration>
- GreenKey. (2019b). Unlocking sustainability in the hospitality industry. Retrieved from <https://www.greenkey.global/>
- Hojeghan, S. B., & Esfangareh, A. N. (2011). Digital economy and tourism impacts, influences and challenges. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 19 (2011) 308–316, 19, 308-316.
- Kastenholz, E. (2004). "Management of demand" as a tool in sustainable tourist destination. *Journal of Sustainable Tourism*, 12(5), 388-408.
- Kastenholz, E. (2014). Turismo Rural - Reinventar para sustentar? In E. Kastenholz, C. Eusébio, E. Figueiredo, M. J. Carneiro, & J. Lima (Eds.), *Reinventar o turismo rural em Portugal Cocriação de experiências turísticas sustentáveis* (pp. 1-6). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Kastenholz, E., Eusébio, C., & Carneiro, M. J. (2018). Segmenting the rural tourist market by sustainable travel behaviour: Insights from village visitors in Portugal. *Journal of Destination Marketing & Management*, 10, 132-142.
- Keller, K. L. (2009). Building strong brands in a modern marketing communications environment. *Journal of marketing communications*, 15(2-3), 139-155.

- Lane, B. (1994). Sustainable rural tourism strategies: A tool for development and conservation. *Journal of Sustainable Tourism*, 2(1), 102-111.
- Mathieson, A., & Wall, G. (1982). *Tourism: economic, physical, and social impacts*. Essex: Longman.
- Mittiga, A., Silva, B., Wernet, F., Kow, N., & Kutschera, S. (2018). *Travel Trends Report 2019*. In. Retrieved from <https://www.treksoft.com/en/academy/ebooks/travel-trends-2019>
- Pato, L. (2012). *Dinâmicas do turismo rural - impactos em termos de Desenvolvimento Rural*. (PhD), University of Aveiro, Aveiro.
- Pato, L. (2019a). Comunicação em turismo rural e línguas estrangeiras entre o desejado e a realidade. *Millenium journal of Education, Technologies, and Health*, 2(ed espec nº 4), 11-19.
- Pato, L. (2019b). A relação umbilical entre turismo rural e línguas estrangeiras. *Millenium journal of Education, Technologies, and Health*, 2(ed espec nº 4), 21-29.
- Pato, L., & Kastenzholz, E. (2017). Marketing of rural tourism - a study based on rural tourism lodgings in Portugal. *Journal of Place Management and Development*, 10(2), 121-130.
- Peña, A. I. P., & Jamilena, D. M. F. (2010). The relationship between business characteristics and ICT deployment in the rural tourism sector. The case of Spain. *International Journal of Tourism Research*, 12(1), 34-48.
- Peña, A. I. P., Jamilena, D. M. F., Ángel, M., & Molina, R. (2013). Impact of Customer Orientation and ICT Use on the Perceived Performance of Rural Tourism Enterprises. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 30(3), 272-289.
- Penz, E., Hofmann, E., & Hartl, B. (2017). Fostering Sustainable Travel Behavior: Role of Sustainability Labels and Goal-Directed Behavior Regarding Touristic Services. *Sustainability*, 9(6), 1056.
- Pesonen, J., & Komppula, R. (2010). Rural wellbeing tourism: Motivations and expectations. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 17, 150-158.
- Pulido-Fernández, J. I., & López-Sánchez, Y. (2016). Are Tourists Really Willing to Pay More for Sustainable Destinations? *Sustainability*, 8(12), 1240.
- Romero, A. B., & Valiente, G. C. (2005). Las tecnologías de la información y la comunicación en el desarrollo del turismo rural. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 46, 105-117.
- Roque, V., Martins, J. A., & Lopes, R. (2013). Análise exploratória de sítios web: o caso dos hotéis Portugueses de 4 e 5 estrelas. In Instituto Politécnico Guarda (Ed.), *Inovação e Tecnologia em Turismo & Hotelaria* (pp. 121-142). Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.
- Sedmak, G., Planinc, T., Kociper, T., & Planinc, S. (2016). Managers' perceptions of the role of ICT in rural tourism firms efficiency: The case of Slovenia. *Tourism*, 64, 339-345.
- UN (1987). *Report of the world Commission on Environment and Development "Our Common Future"*: United Nations.
- UNWTO. (2019). Sustainable Development of Tourism. Retrieved from <http://sdt.unwto.org/content/about-us-5>
- Yin, R. (2014). *Case Study Research: Design and Methods fifth Edition*. London: SAGE Publications.

Millenium, 2(ed espec nº5), 379-387.



VIABILIDADE DA PRODUÇÃO DE CDR PROVENIENTE DE UMA INSTALAÇÃO DE TMB – CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS E ECONÓMICAS

THE VIABILITY TO PRODUCE RDF FROM A MBT INSTALLATION – TECHNICAL AND ECONOMIC FEATURES

VIABILIDAD DE PRODUCIR CDR DE UNA INSTALACIÓN TMB - CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y ECONÓMICAS

Isabel Paula Brás¹
Maria Beatriz Tomé²
Maria Elisabete Silva¹

¹ Polytechnic Institute of Viseu, Superior School of Technology and Management, Environmental Department, CITAB-UTAD, Viseu, Portugal

² Polytechnic Institute of Viseu, Superior School of Technology and Management, Environmental Department, Viseu, Portugal

Isabel Paula Brás - ipbras@estv.ipv.pt | Maria Beatriz Tomé – beatriz_tome@hotmail.com | Maria Elisabete Silva - beta@estgv.ipv.pt



Corresponding Author

Isabel Paula Brás
Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu
Campus Politécnico
3504-510 Viseu - Portugal
ipbras@estv.ipv.pt

RECEIVED: 13th March, 2020

ACCEPTED: 26th May, 2020

RESUMO

Introdução: Em Portugal, o Plano Estratégico de Resíduos Sólidos Urbanos define as estratégias de gestão para o período 2015-2020. De acordo com este plano que reconhece o resíduo como um recurso, pretende-se responder aos novos desafios no domínio da gestão integrada de resíduos e ciclo de vida dos materiais.

Objetivos: Caracterizar, de forma qualitativa e quantitativa, as linhas do rejeitado de uma unidade de Tratamento Mecânico e Biológico (TMB) de um Sistema de Gestão de Resíduos Urbanos; Analisar o combustível derivado de resíduos (CDR) produzidos a partir do respetivo rejeitado.

Métodos: O trabalho iniciou-se com a caracterização física do rejeitado, fazendo uma triagem manual da amostra recolhida e a partir destes materiais produziu-se CDR o qual foi caracterizado de acordo com os documentos normativos relacionados.

Resultados: Cerca de 240 ton de rejeitado são produzidos diariamente, onde 29% é papel/cartão, 6% é plástico e 59% são têxteis, madeira e outros materiais com potencial energético. O CDR obtido teve, em termos médios, valores expressos em base tal e qual, teor de humidade de 33%, teor de cinzas de 15,5% e poder calorífico de 24,1 MJ/kg, com a concentração de cloro de 0,75%, ligeiramente superior ao encontrado na bibliografia. Relativamente à concentração de mercúrio obteve-se 0,004 mg/MJ. Em relação à concentração de metais vestigiais presentes na amostra, e comparativamente aos registos bibliográficos, estes encontram-se dentro do esperado.

Conclusões: Tendo por base a norma NP 4486:2008, é possível considerar-se o CDR como eventual substituto de combustível fóssil numa central de biomassa para produção de energia.

Palavras-chave: CDR; gestão de resíduos sólidos; TMB; energia; economia circular

ABSTRACT

Introduction: In Portugal, the Strategic Urban Solid Waste Plan defines the management strategies for the period 2015-2020. According to this plan that recognizes waste as a resource, it is intended to respond to new challenges in the field of integrated waste management and the life cycle of materials.

Objetives: To characterize qualitatively and quantitatively the lines of the rejects of a Unit of Mechanical and Biological Treatment (TMB) of an Urban Waste Management System; Analyze fuel derived from waste (CDR) produced from the respective discard.

Methods: The work started with the physical characterization of the rejects, making a manual sorting of the collected sample and from these materials a RDF was produced, which was characterized according with the related normative documents.

Results: About 240 ton of refused are produced daily, where 29% is paper / cardboard, 6% is plastic and 59% are textiles, wood and other materials with energy potential. The obtained RDF had, in average terms, values expressed as wet basis, moisture content of approximately 33%, ash of 15.5% and lower heating value of 24.1 MJ / kg, with the concentration of chlorine 0.75%, slightly higher than that found in the bibliography. Regarding the concentration of mercury, 0.004 mg/MJ was obtained. The concentration of trace metals present in the sample, and compared to the bibliographic records, are within the expected.

Conclusions: Based on the standard NP 4486:2008, it is possible to consider the RDF as a possible substitute for fossil fuel in a biomass power plant for energy production.

Keywords: RDF; solid waste management; MBT; energy; circular economy

RESUMEN

Introducción: En Portugal, el Plan Estratégico de Residuos Sólidos Urbanos define las estrategias de gestión para el período 2015-2020. De acuerdo con este plan que reconoce los residuos como un recurso, está destinado a responder a los nuevos desafíos en el campo de la gestión integrada de residuos y el ciclo de vida de los materiales.

Objetivos: Caracterizar cualitativa y cuantitativa las líneas del rechazo de una Unidad de Tratamiento Mecánico y Biológico (TMB) de un Sistema de Gestión de Residuos Urbanos;

Analizar el combustible derivado de los residuos (CDR) producidos a partir de los residuos respectivos.

Métodos: El trabajo comenzó con la caracterización física de los rechazos, haciendo una clasificación manual de la muestra recolectada y de estos materiales se produjo un CDR, que se caracterizó de acuerdo con los documentos normativos.

Resultados: Cerca de 240 ton de desechos se producen diariamente, donde el 29% es papel/cartón, el 6% es plástico y el 59% es textil, madera y otros materiales con potencial energético. La CDR obtenida tenía, en términos medios, valores expresados como tales, humedad de 33%, contenido de cenizas de 15.5% y valor calorífico de 24.1 MJ / kg, con la concentración de cloro de 0,75%, ligeramente superior a la encontrada en la bibliografía. La concentración de mercurio obtenida fue 0.004 mg/MJ. La concentración de metales traza presentes en la muestra, y en comparación con los registros bibliográficos, se encuentran dentro de lo esperado.

Conclusiones: Con base en la norma NP 4486:2008, es posible considerar el CDR como un posible sustituto del combustible fóssil en una planta de biomasa para la producción de energía.

Palabras Clave: CDR, gestión de residuos sólidos; TMB; energía; economía circular

INTRODUCTION

Portugal and the world have faced problems related to the generation of Municipal Solid Waste (MSW) and lack of alternatives for their final destination. To address different alternatives for final treatment, it can refer to recycling, composting, incineration, landfill and utilization of biogas production or other forms of energy. In Portugal, there are several MSW treatment units that have action plans to provide the compliance with the provisions of the Strategic Plan for Urban Solid Waste, PERSU 2020 (Ordinance No. 187-A / 2014)

According to this plan, the main goals to be achieved in 2020, based on 2013, enclose the increase of selective collection, reduction of biodegradable municipal waste deposition in landfill, increase the preparation for reuse and recycling flow and economic valuation of materials resulting from the MSW treatment (bioenergy, compost and refused derived fuels – RDF) engaging a circular economy strategy.

MSW is collected and then sent to a treatment unit – Mechanical and Biological Treatment (MBT) or a Mechanical Treatment (MT). After going through several recovery processes, there are always rejected flows with great potential, both at the physical and chemical level, as well as with a great recoverable energy potential, such as the RDF.

To achieve legal conformity, the RDF must have homogeneous characteristics with a significant caloric power and biogenic content, establishing an important factor for the sustainable management of wastes and resources, namely, avoiding the wastes landfilling and use them as an alternative fuel (Order No. 21295/2009).

RDF is the solid fuel prepared from non-hazardous waste, the use of which aims to recover energy in incineration or co-incineration units, in strict compliance with the legislation. The word "prepared" means processed, homogenized and improved to a quality that allows its exchange/commercialization between producers and users (NP 4486:2008). According with the same standard, the key parameters to classify a RDF are: lower heating value, chlorine and mercury content identifying the energetic potential, the technical and environmental features, respectively.

The ideal composition of RDF is the high content in plastics, excluding polyvinyl chloride (PVC), paper / cardboard, polymers, textiles, wood and other organic matter. Greater calorific value is in fact associated with paper / cardboard, plastics, wood and textile content and, since these materials have biodegradable compounds in their composition, it becomes an interesting alternative fuel to reduce CO₂ emissions (Gendebien et. Al, 2003; Gallardo et al., 2014; Brás et. al., 2017).

In order to develop a RDF, the refuse from the main rejection line of the MBT needs to be prepared. For this, the waste is crushed into coarse and fine fractions, the separation of metallic contaminants and the separation heavy and light fractions. Fuels of different particle sizes and different technical specifications can be produced, maximizing the possibilities of incorporation into different production processes and, consequently, the quantities valued, depending on the needs of the market / customer.

Environmental advantages arise from the RDF utilization, namely the diversion from landfill of waste fraction's that can potentially be valued and the reduction of greenhouse gas (GHG) emissions. The reduction of waste in landfills, removes much of the organic matter (between 40% to 60%), reducing biological activity, which translates into a decrease of about 95% of the CH₄ that would be emitted without the MBT (IPCC, 2006). There are still obvious economic advantages to be considered, such as an increase in the landfill's useful life, which consequently allows to reduce costs associated with the landfill tax, which is 11€/ton in 2020 (APA, 2020) and its lower cost when compared to fossil fuels. It is worth notice the possibility of integration into a more advantageous tax regime for the production of electricity under a special regime (ERFO, 2010).

Keeping in mind these goals, this study focuses on the qualitative and quantitative characterization of the rejection line of a MBT from a Municipal Waste Management System (MWMS) and analysis of RDF produced from this line.

1. METHODS

The samples were collected in the main rejection line (CT211) of the MBT unit of a MWMS. To collect a representative sample, the sampling was carried out during 5 consecutive days and stored in a 30m³ container. The physical characterization of each collected sample was done by manually sorting, separating plastic film, paper/cardboard, inert and discarded, and weighing each fraction. After the production of RDF, its characterization was done according with the solid recovered fuels European standards – number of samples (EN 15442:2011), type of waste (EN 15443:2011), particle size distribution (EN 15415-2:2011, proximate analysis (EN 15414-3:2011; EN 15402:2011; EN 15403:2011), elemental analysis (EN 15407:2011), heating value (EN 15400:2011), chlorine (EN 15408:2011), mercury and trace metals (EN 15411:2011) and major metals (EN 15410:2011).

2. RESULTS

The MBT unit under study, that manages the MSW from several municipalities, is divided into three lines. One separates an organic fraction, under 60 mm for the organic digester, another recovers plastics, paper, metals or tetrapack containers for recycling and the third collects refuse from the other sorting units (CT211). This fraction may be potentially used for the RDF production. This RDF must have homogeneous characteristics and high calorific potential with a significant biogenic content, constituting an

important attribute for the sustainable management of wastes and resources, namely, through the diversion of wastes from the landfill and its use as an alternative fuel (Order No. 21295/2009).

2.1 Physical characterization of the rejected fraction

The CT211 line characterization showed that with an average belt speed of 23m/min, is produced about 10 ton/hour of rejected, which is equivalent to approximately 240 ton/day. From this line, representative of the MSW that are sent to landfill, 29% is paper/cardboard, 6% is plastic and 59% are textile, wood and other energetic materials useful for RDF production. The missing fraction is lost in the line and inerts (rocks and glass) – 5%. These results are similar to the presented in other studies, namely relatively to the plastic, paper and cardboard, and also textile or wood amount (Gendebien et al., 2003; Ranieri et al., 2017). It can be said that the selective collection strategies followed in different parts of Europe are having similar results once the fraction of these materials that are found in the undifferentiated MSW is relatively comparable.

2.2 RDF production and representative sampling

The RDF production process begins with the wastes transference from the container to a conveyor belt by a loader and are transported to the first shredder (Terminator type) for size reducing. After crushing, the flow passes through a magnetic separator, where all metallics are removed. The refuse follows on conveyor belts through a cyclone system and again through a blade crusher for final shredding, where the final RDF is achieved as a fluff.

Through a mass balance it was possible to verify that of the 6 tons of waste that were initial collected, only 780 kg of RDF were produced, an efficiency of 13%. This situation arises from the process specifications, suitable for a type of customer, which defines the meshes for crushing, the level of metallic separation through magnetic separators, the separation of heavier and lighter wastes by the cyclone. Considering the annual data of rejected production, it is possible to predict that, on average, 84972 tons of rejected are produced per year and, with a productivity of 13%, is possible to overcome an annual RDF production of 11046 tons, if the same technical specifications are maintained. Better production can be achieved with the optimization of the RDF preparation.

For definition of number and amount of samples for further characterization of RDF it was followed the methodology presented in the EN 15442:2011. The minimum sample size must be large enough to have enough particles to obtain a representative sample for the total assay. Before any sampling, it is important that the sampling objectives are clearly identified. This aspect is even more important, since the sampling itself can be done in the production phase, with collection on a conveyor belt, or in the storage phase, in a box or pile as described in EN 15442: 2011. The sample amount was estimated by equation 1 (EN 15442:2011).

$$m_m = \frac{\pi}{6 \times 10^9} * d_{95}^3 * f * \lambda * g * \frac{(1-p)}{(cv^2) \times p} \quad \text{Equation 1}$$

Where m_m is the mass of the minimum sample size (kg); d_{95} is the nominal top size of particles - a mass fraction of 95 % of the particles are smaller than d_{95} (mm); f is the shape factor (mm^3/mm^3); λ is the average particle density of RDF (kg/m^3); g is the correction factor for distribution in the particle size; p is the fraction of the particles with a specific characteristic (kg/kg) and is equal to 0,1; and cv is the coefficient of variation, here set to 0,1. The determination of the nominal top size (d_{95}), is based in the results shown in Figure 1, the granulometric characterization of the RDF produced.

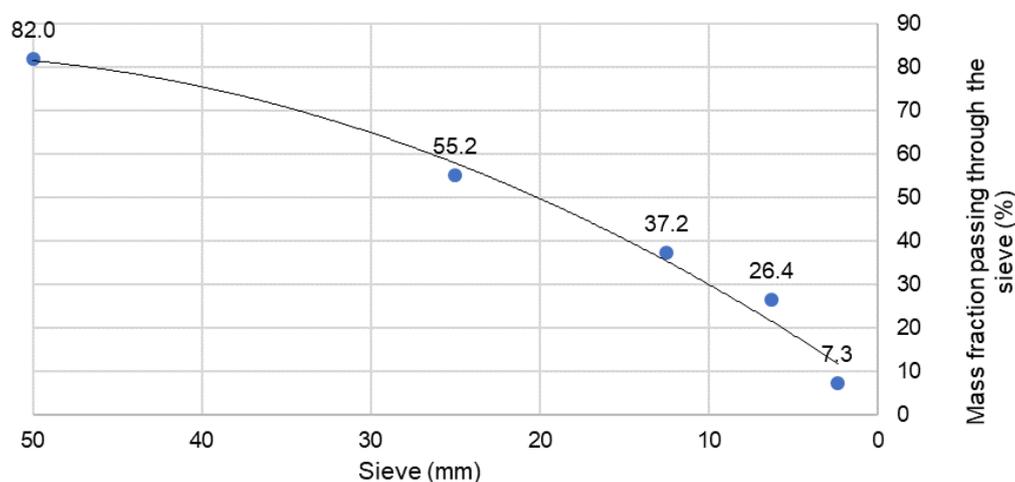


Figure 1 – Sieving of sample for the determination of the nominal top size, d_{95}

According with Figure 1 it is noticed that 82% of the sample pass the 50 mm sieve, the higher sieve used, not being able to evaluate the d_{95} . So it was considered, by approximation, that the diameter of 95% of the sample as diameter lower than 50 mm. Bearing in mind that the sample is quite homogeneous, it was also considered that the value of $d_{95}/d_{05}=1$. This parameter is needed to choose the correction factor for distribution in the particle size (g) that is 1 (EN 15442:2011) The shape factor, f , is calculated by equation 2.

$$f = \frac{V_{95}}{d_{95}^3} \quad \text{Equation 2}$$

Where V_{95} is the maximum volume of a *fluff* particle and was evaluated as $V_{95}=40 \times 10 \times 5 \text{ mm}^3$. The attained f was 0.016. The density was accepted as 1000 kg/m^3 , ρ and cv of 0.1 (EN 15442:2011, 2011). With this data the mass amount for sampling should be 942g or 12L, (if apparently density is 77 g/L). Following the block method, a sample of this mass subdivided into 5 samples was taken for further analysis.

2.3 Proximate analysis

The proximate analysis was based in the evaluation of moisture, ashes, volatile matter and fixed carbon (Figure 2). In this graphic, some data from other authors are presented.

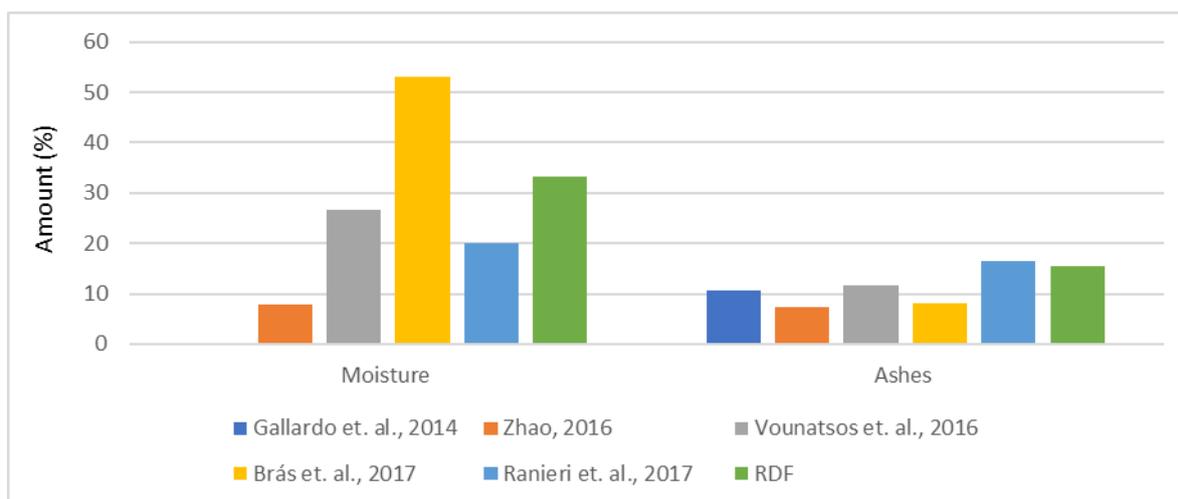


Figure 2 – Moisture and ashes content for the produced RDF and data presented for other authors.

Moisture and ashes for RDF are 33.3% and 15.5% respectively. Looking for data presented by Zhao (2016) it is noticed a great difference probably due to the high heterogeneity of the sample. Gallardo and co-authors did not report the moisture because the results are presented in dry basis. The most different value was present by Brás et. al., (2017), with a very high moisture 53% probably because is related to the characteristics of raw materials for RDF production, and not effectively RDF. All the other data are similar.

According to some authors, RDF with moisture below 20% is desired for cement industries and can be valued as alternative fuel (Mokrzycki & Uliasz-Bocheńczyk, 2003). High moistures content as a negative impact in the lower heating value and, consequently in the combustion efficiency, in the gaseous emissions like carbon monoxide, sulphur dioxide and nitrogen dioxide. However, in this industrial process, the high temperatures, the oven area and length, as well the alkaline environment within, allowing the use of these fuels with economic and environmental advantages (Brás et. al., 2017).

The volatile matter achieved in the RDF was 86% (dry basis) with 0,87% of fixed carbon.

2.4 Chemical characterization of the RDF

The elemental analysis is very important to characterize the RDF once it relates the carbon and hydrogen content for further combustion processes. Moreover, it show the amount of nitrogen and sulphur that related the potential harmful gaseous releases, namely the emissions of sulphur

dioxide and carbon dioxide and also nitrogen oxides responsible for photochemical smog and greenhouse effect. Results of the RDF and from several authors are shown in Table 1.

Table 1 - Elemental analysis values for RDF and values found in the bibliography

Element	Amount	RDF	Brás et al., 2018	Vounatsos et al., 2016	Gallardo et al., 2014
C	% (db)	44.2	40.28	45.77	-
	% (wb)	33.6	-	-	54.87
H	% (db)	6.29	5.22	5.96	-
	% (wb)	4.78	-	-	-
S	% (db)	0.23	0.22	0.05	-
	% (wb)	0.17	-	-	0.10
N	% (db)	1.42	1.18	1.16	-
	% (wb)	1.08	-	-	0.90

db – dry basis; wb – wet basis

Hydrogen, nitrogen and sulphur content are similar in the RDF prepared in this work and with other data reported in the bibliography. What concerns the carbon content only Gallardo et al. (2014) reports higher values, what is probably related with the reject fractions used for specific RDF production by these authors.

The determination of the major and trace elements content in the RDF is important for technical reasons both in the production and combustion phases, but again for the environmental impact. The determination of the major elements, such as Al, Ca, Fe, P, K and Na can be useful to predict the behavior of ash melting and scoring (McKendry, 2002). The trace elements like Cd, Cr, Cu, Pb, Mn, Ni and Zn, considered heavy metals that will end up being deposited in the soil, absorbed by plants and then ingested by animals, with high impact in global health. The results are shown in Table 2.

Table 2 – Major and trace metals contents in RDF samples and data reported by several authors

Element	Unit (db)	RDF	Italian legislation (Genon et al., 2008)	Zhao et al. (2016)	Genon et al. (2008)	Gallardo et al. (2014)	Brás et al. (2019)	Ranieri et al. (2017)
Cu	mg/kg	23.2	50; 300	23	45-266	108.92	18.3	51.82
Zn	mg/kg	8.7	-	18	225-340	-	547	107.04
Mn	mg/kg	48.0	200; 400	7	28-210	136.27	41.8	36.88
Cr	mg/kg	16.0	70; 100	2.6	11.3-140	135.49	16.7	9.922
Cd	mg/kg	0.064	3; <7	0.05	0.18-2.6	9.8	0.62	< 0.50
Pb	mg/kg	23.9	100; 200	4.9	25-157	63.86	25	198.31
Ni	mg/kg	2.4	30; 40	2.4	0.85-21	19.92	1.48	2.582
Al	%	0.2126	-	-	-	-	-	0.0926
Fe	%	0.1703	-	-	-	-	0.258	0.18724
K	%	0.4815	-	-	-	-	0.388	-
Na	%	0.4068	-	-	-	-	0.198	-
Ca	%	2.4951	-	-	-	-	2.2	-

Db – dry basis

The most important fact that can be verified is that the metals content is lower than the Italian law reference (Genon et al., 2008) the legal data known by now, opening up good prospects for its use. Comparing with other materials, the achieved results are similar excepted when comparing with the results from Brás et al. (2019), for Zinc and Cadmium. These results are due to the fact that the sample is very heterogeneous and the waste samples analyzed may have materials with a high zinc content. The same trend happens for cadmium content, with values of 0.62 and 0.064, in Brás et al. (2019) and for RDF respectively, 10 times lower. Higher amounts of heavy metals were reported by Gallardo et al., (2014), showing that the preparation of the RDF, namely the separation of unwanted raw wastes is very important in the final RDF obtained.

2.5 RDF classification according with the Portuguese standard

According with the Portuguese standard, the RDF parameters that must be evaluated are the lower heating value (LHV), the chlorine and the mercury contents. The higher heating value (HHV) is the amount of energy released per mass unit over a complete combustion in a calorimeter. This is the energy released per mass unit, in the presence of oxygen, under conditions that allow water to be as vapour at 0,1 MPa (NP 4486:2008). According with EN 15400:2011 is possible to evaluate the LHV from the HHV and the elemental analysis of the samples, namely the hydrogen content. Experimental data showed the average HHV of 25.3 MJ/kg (dry basis). Considering the amount of hydrogen in the RDF (6.29%) the LHV achieved was about 24.0 MJ/kg. What concerns

the heating value, the RDF should be classified as Class 2, according with NP 4486:2008 ($20 \leq \text{LHV} < 25 \text{ MJ/kg}$). Chlorine and mercury contents are shown in Table 3.

Table 3 – Chlorine and mercury contents in the RDF and other bibliographic data

Element	Unit	RDF	Italian legislation (Genon et al., 2008)	Brás et al. (2019)	Vounatsos et al. (2016)	Ranieri et al. (2017)
Chlorine (Cl)	% (db)	0.75	0.7; 0.9	0.44	0.43	0.05
Mercury (Hg)	mg/MJ (wb)	0.004	0.1; 0.4	0.009	0.29	0.005

db – dry basis; wb – wet basis

The results show that RDF's chlorine content respects the Italian legislation. Italian legislation present the maximum content for two kinds of RDFs, the poor and the best. Taking this reference, the RDF produced in this work show a good quality. According with NP 4886:2008, the RDF is a class 3 in respect with chlorine content once it has a concentration between 0.6 and 1% (db). The mercury concentration evaluated was very low, even when comparing with results from other authors. Relatively this parameter, this RDF may be classified as Class 1 because the concentration is below 0.04mg/MJ (wb) (NP 4486:2008). The European Commission guidelines are presented in Table 4, where is also overviewed the RDF main properties. Is possible to see that only the moisture is a negative parameter for this RDF, above 10%, the highest value acceptable for a good RDF, what can be overcome by a drying system in the RDF's production plant.

Table 4 - Comparison Values of European Commission with RDF

	LHV (MJ/kg)	Ash (%)	Chlorine (%)	Moisture (%)
European Commission RDF (Gendebien et al., 2003)	18 ; 21	10 ; 15	0,2 ; 1	3 ; 10
RDF	24.1	15.5	0.75	33.3

For commercial proposes, there are some indications that, for a RDF with the granulometry characteristics and obtained LHV and chlorine content, a price value of 25.5€/ton of RDF is acceptable (Caracol, 2016). Attending to the amount of daily production of rejected fractions (240 ton/day), the productivity of the RDF manufacture (13%) and the amount of RDF with 20 mm or higher (50%), is expect an outcome of 795.6 €/day. Considering the additional reduction of the landfill tax (11 €/ton) it is achieved a gain of 1138.8€/day. It is worth notice that the RDF moisture is still higher than the acceptable for RDF users (20%) what implies that within the RDF manufacture system it is required its drying for which the energy produced in the anaerobic digestion system or other local heat form can be used. Along with this investment, that range according with the type of equipment and productivity desired, and operative cost, there are several other issues that have to be taken into account. According to other authors, operative costs can be estimated between 15 to 20€/ton, depending of the RDF's quality (Caputo and Pelagagge, 2002). Therefore, is expected that other than environment benefits, economic profits may arise from the RDF's production and valorization.

CONCLUSIONS

The CT211 line characterization showed that with an average belt speed of 23m/min, is produced about 10 ton/hour of rejected, which is equivalent to approximately 240 ton/day. From this line, 29% is paper/cardboard, 6% is plastic and 59% are textile, wood and other energetic materials useful for RDF production. The missing fraction is lost in the line and inerts (rocks and glass) It was possible to verify that of the 6 ton of waste that were conducted for RDF preparation, only 13% are effectively used, taking in consideration the specific RDF production line, suitable for a type of customer (specific grinding meshes, the separation of metallic materials and the separation of heavier and lighter wastes by the cyclone).

The RDF produced had, on average, a moisture content of approximately 33%, 15.5% of ash and the LHV of 24.1 MJ/kg with a chlorine content of 0.75%, and 0.004 mg/MJ mercury, within the guidelines for these materials proposed by the European Commission. The same was conclude for major and trace metals content. According with NP 4486:2008, it is possible to classify the RDF produced from three parameters, calorific value, chlorine content and mercury content of class 2 in relation to LHV, class 3 and 1 in relation to the content of Cl and Hg, respectively.

In a mechanical and biological treatment unit, such as the case study, it is possible to recycle the undifferentiated fraction of MSW avoiding the amount of waste deposition in landfill with a positive economic and environment income.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thanks to Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS and CITAB for their support.

REFERENCES

- APA, Agência Portuguesa do Ambiente (2020) Valor da TGR, Available in:
<http://apambiente.pt/index.php?ref=16&subref=84&sub2ref=1118&sub3ref=1119>
- Brás, I., Silva, M. E., Lobo, G., Cordeiro, A., Faria M., & Lemos, L. T. (2017). Refuse Derived Fuel from Municipal Solid Waste rejected fractions. *Energy Procedia*, 120, 349-356.
- Brás, I., Silva, M. E., Lobo, G., Cordeiro, A., Faria M., & Lemos, L. T. (2019). Feasibility of using municipal solid wastes rejected fractions as fuel in a biomass power plant. *In Press in Environment Protection Engineering*.
- Caracol, P.M.O. (2016). Avaliação da viabilidade dos combustíveis derivados de resíduos
Caso de estudo da indústria cimenteira (Master Thesis). Civil Engineering, Instituto Superior técnico. Available in:
<https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/1689244997255671/DissertacaoCDRF.pdf>
- Caputo, A. C., & Pelagagge, P. M. (2002). RDF production plants: Design and costs. *Applied Thermal Engineering*, 22, 423–437.
- EN 15400:2011. (2011). *Solid Recovered Fuels – Methods for the Determination of Calorific Value*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15402:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Determination of the content of volatile*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15403:2011. (2011). *Solid Recovered Fuels – Methods for the Determination of Ash Content*. Bruxelas: European Committee for Standardization.
- EN 15407:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Methods for the determination of carbon (C), hydrogen (H) and nitrogen (N) content*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15408:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Methods for the determination of sulphur (S), chlorine (Cl), fluorine (F) and bromine (Br) content*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15410:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Methods for the determination of the content of major elements (Al, Ca, Fe, K, Mg, Na, P, Si, Ti)*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15411:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Methods for the determination of the content of trace elements (As, Ba, Be, Cd, Co, Cr, Cu, Hg, Mo, Mn, Ni, Pb, Sb, Se, Tl, V and Zn)*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15414-3:2011. (2011). *Solid Recovered Fuels – Determination of Moisture Content using the Oven Dry Method - Part 3: Moisture in general analysis sample*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15415-2:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Determination of particle size distribution - Part 2: Maximum projected length method (manual) for large dimension particles*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15442:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Methods for sampling*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- EN 15443:2011. (2011). *Solid recovered fuels - Methods for the preparation of the laboratory sample*. Bruxelas: European Committee for Standardization CEN.
- ERFO, European Recovered Fuels Organization (2010). SRF market views in Europe. In *International Workshop on Solid Recovered Fuel*, Helsinki, 31st March.
- Gallardo, A., Carlos, M., Bovea, M.D., Colomer, F. J., & Albarrán, F. (2014). Analysis of refuse-derived fuel from the municipal solid waste reject fraction and its compliance with quality standards. *Journal of Cleaner Production*, 83, 118-125.
- Gendebien, A., Leavens, A., & Godley, A. (2003). *Refuse derived fuel, current practice and perspectives. Final Report*.
- Genon, G., & Brizio, E. (2008). Perspectives and limits for cement kilns as a destination for RDF. *Waste Management*, 28 (11) 2375-2385.
- IPCC (2006). IPCC Guidelines for National Greenhouse Gas Inventories. National Greenhouse Gas Inventories Programme, Eggleston H.S., Buendia L., Miwa K., Ngara T. and Tanabe K. (eds). Published: IGES, Japan. Available in: <https://www.ipcc-nggip.iges.or.jp/public/2006gl/>
- McKendry P. (2002) Energy production from biomass. Part 2. Conversion technologies, *Bioresource Technology*, 83, 47–54.
- Mokrzycki, E., & Uliasz-Bocheńczyk, A. (2003). Alternative fuels for the cement industry. *Applied Energy*, 74(1-2), 95-100.
- NP 4486:2008. (2008). *Combustíveis Derivados de Resíduos - Enquadramento para a produção, classificação e gestão da qualidade*. Caparica: Instituto Português da Qualidade.
- Order n.º 21295/2009. (2009). *Diário da República, II série . N.º 184 (22 de Setembro de 2009), 38523-38538*.
- Ordinance n.º187-A/2014. (2014). *Diário da República I Série. N.º 198/2014 (17 de Setembro de 2014), 26081-26081*.

- Ranieri, E., Ionescu, G., Fedele, A., Palmieri, E., Ranieri, A. C., & Campanaro, V. (2017). Sampling, characterisation and processing of solid recovered fuel production from municipal solid waste: An Italian plant case study. *Waste Management & Research*, 35(8), 890-898.
- Vounatsos, P., Atsonios, K., Itskos, G., Agraniotis, M., Grammelis, P., & Kakaras, E. (2016). Classification of refuse derived fuel (RDF) and model development of a novel thermal utilization concept through air-gasification. *Waste and Biomass Valorization*, 7(5), 1297-1308.
- Zhao, L. G. (2016). Characterization of Singapore RDF resources and analysis of their heating value. *Sustainable Environment Research*, 26, 51-54.

Millenium, 2(ed espec nº5), 389-398.

en

DAS REDES SOCIAIS AO ENGAGEMENT: O CASO DE TRÊS MARCAS DE BEBIDAS ALCOÓLICAS
FROM SOCIAL MEDIA TO ENGAGEMENT: THE CASE OF THREE ALCOHOLIC DRINK BRANDS
DE LAS REDES SOCIALES AL ENGAGEMENT: EL CASO DE TRES MARCAS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Nídia Salomé Morais¹
Sandra Figueiredo²

¹Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação, Departamento de Comunicação e Arte, CI&DETS, Viseu, Portugal

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

Nídia Salomé Morais - salome@esev.ipv.pt | Sandra Figueiredo - sandrafigueiredocc@gmail.com



Corresponding Author

Nídia Salomé Morais

Escola Superior de Educação de Viseu

Rua Maximiano Aragão

3504 - 501 Viseu - Portugal

salome@esev.ipv.pt

RECEIVED: 27th November, 2019

ACCEPTED: 23th January, 2020

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, a importância das redes sociais na comunicação das marcas alterou por completo o Marketing. As empresas descobriram que os seus consumidores estão online e conseqüentemente a sua presença nas redes sociais é obrigatória. No entanto, a dinâmica no meio digital obriga a uma constante adaptação e aperfeiçoamento das estratégias de comunicação nas redes sociais, consoante o feedback do público-alvo. O *engagement* é uma das métricas mais importantes para a gestão de redes sociais e o conhecimento sobre os fatores que influenciam o *engagement* em marcas de bebidas alcoólicas é muito reduzido.

Objetivos: Neste contexto, é importante determinar quais as melhores formas de utilizar as redes sociais para aumentar o *engagement* junto do público e perceber quais as diferenças existentes entre as distintas redes sociais. Desta forma, observou-se a comunicação de três marcas de bebidas alcoólicas muito ativas no *Facebook* e *Instagram* em Portugal.

Métodos: Metodologicamente trata-se de um estudo de caso, tendo-se usado métodos qualitativos e quantitativos que permitiram a observação da comunicação de três marcas de bebidas alcoólicas (Licor Beirão, Super Bock e Sagres) nas redes sociais.

Resultados: Com base nos resultados obtidos foi possível averiguar quais os fatores que influenciam o *engagement*. Alguns fatores como o nível de vivacidade e tipo de conteúdo mostraram influência distinta no *Facebook* e *Instagram*. Outras variáveis como a frequência das publicações, nível de interatividade, comentários positivos e respostas aos fãs tiveram resultados semelhantes no *engagement* das duas plataformas.

Conclusões: O estudo mostra como os *Instagram* e os *Facebook* destas marcas de bebidas alcoólicas podem ser utilizados de forma distintas para potenciar o *engagement* junto do público-alvo e foi possível identificar algumas pistas para a criação de estratégias de comunicação mais eficazes nestas duas redes sociais.

Palavras-chave: engagement; facebook; Instagram; social media; marketing

ABSTRACT

Introduction: Over the last few years, the importance of social networks in brand communication has turned marketing around completely. Companies have realized that their consumers are online and, consequently, that their presence all over social networks is mandatory. However, the dynamics that characterize digital environment require a constant adaptation and improvement of the communication strategies used in social networks and that depend largely on the feedback they get from their target audience. Engagement is one of the most important metrics for managing social networks and little is known about the factors that may influence engagement in alcoholic drink brands.

Objectives: It's important to determine the best ways to use social networks to increase public and potential customers' engagement and to understand the differences between different social networks. The objective was to observe the communication of three alcoholic drink brands that are particularly active on Facebook and Instagram in Portugal.

Methods: A case study was developed and a mixed methodology (qualitative and quantitative methods were used) was chosen in order to observe the communication activities of three alcoholic brands (*Licor Beirão*, *Super Bock* and *Sagres*) in social media.

Results: Based on the results obtained, it was possible to determine which factors influence engagement. Some factors such as the level of vividness and the type of content seemed to have distinct influence on Facebook and Instagram. Other variables such as the frequency of publications, level of interactivity, positive comments and response to fans had similar results in the level of engagement generated on both platforms.

Conclusions: The study shows how these brands' Instagram and Facebook pages can be used in different ways to enhance engagement with their target audience and it was possible to identify some clues that will help create more effective communication strategies directed to these two social networks.

Keywords: engagement; facebook; Instagram; social media; marketing

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, la importancia de las redes sociales en la comunicación de la marca ha cambiado completamente el marketing. Las empresas han descubierto que sus consumidores están en línea y, por lo tanto, su presencia en las redes sociales es obligatoria. Sin embargo, la dinámica en el entorno digital requiere una constante adaptación y mejora de las estrategias de comunicación en las redes sociales, de acuerdo con la retroalimentación de la audiencia objetivo. El *engagement* es una de las métricas más importantes para la gestión de las redes sociales, y el conocimiento sobre los factores que influyen en la participación en las marcas de alcohol es muy bajo.

Objetivos: En este contexto, es importante determinar las mejores formas de usar las redes sociales para aumentar el *engagement* con el público y comprender las diferencias entre las diferentes redes sociales. Por lo tanto, observamos la comunicación de tres marcas de alcohol muy activas en Facebook e Instagram en Portugal.

Métodos: Metodológicamente, es un estudio de caso que utiliza métodos cualitativos y cuantitativos e que permitió la observación de la comunicación de las tres marcas de bebidas alcohólicas (Licor Beirão, Super Bock e Sagres) en las redes sociales.

Resultados: En base a los resultados obtenidos, fue posible determinar qué factores influyen en el *engagement*. Algunos factores, como el nivel de vivacidad y el tipo de contenido, mostraron una clara influencia en Facebook e Instagram. Otras variables como la frecuencia de las publicaciones, el nivel de interactividad, los comentarios positivos y las respuestas de los fanáticos tuvieron resultados similares en el *engagement* de ambas plataformas.

Conclusiones: El estudio muestra cómo el Instagram y Facebook de estas marcas de alcohol se pueden usar de manera diferente para mejorar el compromiso con el público objetivo y fue posible identificar algunas pistas para crear estrategias de comunicación más efectivas en estas dos redes sociales.

Palabras Clave: engagement; facebook; Instagram; social media; marketing

INTRODUCTION

Web Services 2.0, and social networks in particular, have completely changed and turned marketing around. Consumers interact directly with their favorite brands, create their own content and play a preponderant role in the Marketing strategy used on social networks. This is a new challenge for marketers who have to combine, in a balanced way, the digital world and traditional Marketing (Hanna, Rohm & Crittenden, 2011). In fact, this new Web Paradigm - Web 2.0 - gave users the possibility to communicate with brands and allowed them to assume an active and participatory position. Bidirectional communication was strengthened with the emergence of social networks since any user can create and share content, as well as give his opinion. It is therefore crucial to realize how the public reacts to the brands' communication strategy and be fully aware of the type of actions that will generate a stronger reaction.

In this context, engagement, one of the most important metrics for marketers, takes on special relevance. This concept, which requires a strong interaction with the consumer, is the embodiment of the person's response to the brand and of the kind of involvement they establish with the brand in a digital environment. Therefore, it has become an essential element to consider when developing any Digital Marketing strategy. However, and despite the growing interest in consumer engagement towards brands and in the role played by social networks, academic research on what drives engagement is still scarce and at a very early stage of development (Schivinski, Christodoulides & Dabrowski, 2016).

This type of empirical study is essential to guide Marketing professionals through social networks and assist them in developing communication strategies that have to take into account the feedback provided by their target audience. The originality of this study has to do not only with the use of a methodology based on observation and comparison of two distinct social networks (Facebook and Instagram), but also on the fact that it analyzes different brands of alcoholic drinks which are quite popular in Portugal. This project focuses on three brands of alcoholic drinks. This choice has a lot to do with the dynamism that characterizes the investment made by those brands in advertising over the last few years. This is a sector with legal limitations with regard to its "creative freedom" (Almeida, 2016). However, social networks allow users to informally create content that will promote the brand anytime they share situations in which they are drinking alcohol or that depict behaviors one usually associates with drinking (Lobstein, Thornton, Jernigan & Landon, 2017).

Taking all this into consideration, the research question asked was: "Which factors may influence consumers' engagement with alcoholic drink brands on Facebook and Instagram?". Based on the Literature Review, it was possible to design some hypotheses that guided this research question and test the "key factors influencing engagement".

1. LITERATURE REVIEW

The Web 2.0 concept began with Tim O'Reilly over a decade ago. The author defined it as a platform that contemplates applications which are constantly updated and aim to create a service people appreciate, use and to which they also contribute. While WEB 1.0 was focused on connecting computers, WEB 2.0 focuses on connecting people and creating services in which the public can participate:

Web 2.0 is the network as platform, spanning all connected devices; Web 2.0 applications are those that make the most of the intrinsic advantages of that platform: delivering software as a continually-updated service that gets better the more people use it, consuming and remixing data from multiple sources, including individual users, while providing their own data and services in a form that allows remixing by others, creating network effects through an "architecture of participation," and going beyond the page metaphor of Web 1.0 to deliver rich user experiences (O'Reilly, 2005, p.13).

With the development of Web 2.0, and the ever growing participation of the user, social networks are one of the best examples of participatory culture. Social networks reflect the qualities of Web 2.0, enabling sharing, collaboration and content creation in an extremely simple and accessible way. In Aggarwal's opinion (2011), a social network can be defined as "(...) a network of interactions or relationships, where the nodes consist of actors, and the edges consist of the relationships or interactions between these actors (...)" (p.2).

The number of users of social networks grows at a very fast pace, impelling Marketing to adapt: "Every day the influence of social media expands as more people join online communities. (...) If Facebook were a country, it would be the most populated in the world." (Tuten & Solomon, 2017, p. 5)

This more digital and more connected world brings new challenges to Marketing, forcing, for example, Marketing mix to include consumer participation (Sfetcu, 2017; Kotler, Kartajaya & Setiawan, 2016). Social networks are an excellent opportunity to improve the relationships existing between the brand and its target audience and develop greater brand awareness and loyalty in current and future consumers. This new paradigm led to the emergence of the concept of Marketing in social networks, aka Social Media Marketing (SMM). Felix, Rauschnabe & Hinsch (2016) define SMM as an "(...) interdisciplinary and cross-functional concept that uses social media (often in combination with other communications channels) to achieve organizational goals by creating value for stakeholders" (p.6). These authors also defend that, on a strategic level, Social Media Marketing is related to an organization's decisions about marketing, culture, structure and governance.

In social networks, consumer behavior gains a key position within the Marketing strategy used, as claimed by Kotler, et al. (2016) in his concept of Marketing 4.0 (Verhoef, Kooge & Walk, 2016). Engagement is so important that it has become a major influence on social networks. Marketers understand the importance of consumers interacting with their content, giving feedback and creating their own content. Social networks have focused on the non-transactional behavior of consumers and this context will undoubtedly favor engagement. Vinerean, Cetina, Dumitrescu & Tichindelean (2013) consider that "True customer engagement means commitment-focused, not transaction-focused. The companies that master this aspect are the ones that are truly successful" (p.77).

Marketers' main concern should be with the loyalty of their consumers and they should no longer worry exclusively with sales, as Marketing 1.0 used to recommend. Engagement is the first step towards loyalty: a consumer who interacts with the brand is someone who is interested in a given content and who will gladly spend his/her attention and time to give feedback to the brand. Authors like Brodie, Ilic, Juric & Hollebeek (2013) strived to create a definition of engagement that best fits virtual environment and that, at the same time, would embrace and include the different dynamics that existed before digital environment.

Consumer engagement in a virtual brand community involves specific interactive experiences between consumers and the brand, and/or other members of the community. Consumer engagement is a context-dependent, psychological state characterized by fluctuating intensity levels that occur within dynamic, iterative engagement processes. Consumer engagement is a multidimensional concept comprising cognitive, emotional, and/ or behavioral dimensions, and plays a central role in the process of relational exchange where other relational concepts are engagement antecedents and/or consequences in iterative engagement processes within the brand community (Brodie et al., 2013, p. 107).

Social networking engagement is reflected in the "likes", comments or shares: interactive experiences between consumers and the brand, motivated by emotional and behavioral variables. However, being present on the different social networks is not enough to generate engagement: "Engagement is not produced by simply being 'on' a certain kind of media, digital, social, mobile or otherwise. Marketers must design specific experiences using these media to make the brand-life goal (s) connection and elaborate on it." (Brodie, Hollebeek & Conduit, 2016, p. 100). Users' behavior on social networks can include several actions: simply visualizing a given content produced by a brand, acting as content curator, contributing to social media content or even producing contents on social networks. The last two behaviors were boosted by the development of Web 2.0 in which consumer is expected to play a new role in Marketing (Evans, 2010).

Vries, Genslera & Leeflangab (2012) noticed that there were different preliminary studies on marketing actions on social networks, but they also realized that information about the factors that influence the popularity of each brand was scarce. Hence, they developed a conceptual framework that determines five variables that will influence the popularity of a brand: vividness, interactivity, content of the brand post (information or entertainment), position of brand post and valence of the comments (Vries et al., 2012).

Vignisdóttir (2017) also used this framework to develop a research, but on Instagram. The author used makeup brands and outlined a more specific goal: to see whether or not there is a difference in the level of engagement generated by content created by the brand versus content created by users ("regrammed").

2. METHODS

To answer the research question, we chose a mixed methodology based on the observation of Facebook and Instagram pages used by alcoholic drink brands. We used a case study, with multiple cases, and followed a descriptive research. An observation

The items of the Observation Grid are:

- **Content of the brand post (Information or Entertainment):** the post is seen as entertainment if it is not related to products and sale. It is considered informative if there is a clear intention to sell a product or service.
- **Valence of comments on the brand post:** The percentage of positive comments, neutral comments and negative comments are assessed.
- **Number of fans on the day of the post:** Number of followers/fans visiting Facebook and Instagram page on the day of each post.
- **Brand post engagement rate:** In the case of Facebook: (Reactions + Comments + Shares)/followers in a given period of time x 100 (Social Bakers, 2012). In the case of Instagram: (Likes + Comments)/followers in a given period of time x 100 (Thomas, 2017).
- **Response to fans:** This variable can be positive- "yes" if there is a response to fans in the post or negative-"No". If the fans did not comment, "N/A" will be used.
- **Fan Influence:** This variable states if a fan is responsible for the main idea of the post or for sending the photo (Coelho, Oliveira & Almeida, 2016). This is a binary variable (yes or no).
- **Level of vividness:** To achieve a greater uniformity between Facebook and Instagram, all posts that include a question in the description or directly in the image are categorized as HIGH level posts (Table3).

Table 3 – Levels of Vividness -adapted from Vries *et al.* (2012) and Vignisdóttir (2017)

Vividness of the brand post		
LEVEL	Facebook	Instagram
LOW	Pictorial photo or image	Photo or image
MEDIUM	Event or application at the brand page	
HIGH	Video	Video

Level of Interactivity: Call to act (or Call to action) on social networks refers to all actions a brand can ask its followers to perform; for example, to identify friends, share the post, comment, react to the post, send a private message, follow the page, like the page, request to visit a link, among others (Table 4) (Brown, 2018).

Table 4 – Levels of Interactivity -adapted from Vries *et al.* (2012) and Vignisdóttir (2017)

Interactivity		
LEVEL	Facebook	Instagram
LOW	Link to a website / Voting	Posts –text only
MEDIUM	Call to act / Contest	Posts- that include a Call to act
HIGH	Question / Quiz	Posts- that include a question or a quiz

3. RESULTS

During the analysis period, 256 posts were collected from the 3 brands under analysis: 141 were obtained from Facebook and 115 from Instagram. In Table 5 it is possible to observe that during the 120 days of the analysis, the number of daily posts differs from one brand to another and from one social network to another.

Table 5 – Analysis of number of daily posts

	Daily posts					
	Licor Beirão		Super Bock		Cerveja Sagres	
	Facebook	Instagram	Facebook	Instagram	Facebook	Instagram
Mean number of fans/followers	768 276	15 383	579 574	26 798	306 953	4 334
Number of posts	52	67	79	47	10	1
Posts per day	0,45	0,56	0,73	0,39	0,08	0,01
Engagement rate (total)	59,48%	358,56%	65,9%	145,35%	19,59%	2,77%
Engagement rate (Daily engagement rate)	0,49%	2,98%	0,55%	1,21%	0,16%	0,02%
Number of comments	11 476	561	7 419	301	999	0
Number of reactions / likes	438 350	48 129	374 395	36 993	59 052	114
Number of shares	28 490	N/A	18 867	N/A	3 847	N/A

The results obtained during the analysis of 256 posts related to the three brands of alcoholic drinks were quite different as far as social platforms were concerned, and there were often significant differences between Facebook and Instagram. The answers to the hypotheses set earlier are presented below.

H1: Posting frequency leads to greater engagement, both on Facebook and on Instagram.

Post frequency of the three brands of alcoholic beverages was directly related to each one of the brand's accumulated engagement, both on Facebook and on Instagram. The *Sagres* Brand had a very irregular and reduced posting frequency, thus the levels of accumulated engagement associated with that brand are much lower compared with those related to *Licor Beirão* and *SuperBock*. However, *Licor Beirão*, having had a lower posting frequency on Facebook, obtained higher accumulated value of reactions, comments and shares on this social network. This may have happened because the brand has more followers on the page than *SuperBock*.

On Instagram, *Licor Beirão* revealed a higher posting frequency and scored higher accumulated values in all indicators: engagement rate, comments and likes.

The hypothesis was proven because the results show that posting frequency has a positive impact on engagement, both on Facebook and on Instagram.

H2: Posts on Instagram have higher engagement rates than those posted on Facebook.

Several authors argued that Instagram has better engagement results than Facebook, as people on Instagram follow the brands more frequently and are more involved and engaged (Phua et al., 2017). In fact, this study is in accordance with these conclusions: the average engagement rate on Instagram was 4.4%, while on Facebook it was only 1%,

The higher engagement rates on Instagram are due to a greater number of likes. At the same time, evidence shows a smaller number of comments. These results are in line with those of Vignisdóttir (2017). It should also be noted that, while Instagram has better engagement rates, Facebook remains the social network with more users. In Portugal 74% of people continue to use Facebook as their favorite social media and only 8.9% of the Portuguese population choose Instagram as their favorite platform (Marktest Consulting, 2017). Overall, Instagram scored higher engagement rates, but Facebook scored higher absolute engagement.

This hypothesis was supported for the three brands of alcoholic beverages which scored higher engagement rates on Instagram than on Facebook.

H3: High level of vividness leads to greater engagement on Facebook than on Instagram.

These three brands of alcoholic drinks chose to publish more photos than videos on both social networks: only 11% and 3% of the posts were considered HIGH LEVEL posts, on Facebook and Instagram, respectively. It has to be noted that, although the number of videos posted was quite low, they have received excellent feedback, and the responsible Marketing team was highly praised. On both social networks, engagement was significantly higher in high-level posts (higher average number of comments and shares on Facebook and higher average number of likes and comments on Instagram). However, there are only 3 high-level posts on Instagram. As a consequence, engagement mean values are more influenced by outlier values.

On Facebook, the results showed that high level of vividness in a post triggers more comments and more shares, but does not have the same impact on reactions.

On Instagram, photos and images obtained more consistent engagement results, with satisfactory engagement rates and high numbers of likes. On Facebook, videos obtained better engagement results as far as the average number of comments and shares are concerned, but not as far as reactions are concerned. The results are consistent with the studies conducted by Chua and Banerjee (2013) and Vignisdóttir (2017).

The results show that the general trend should be to use video posts for Facebook and photos and images for Instagram, taking into account the characteristics of both networks. This hypothesis was partially supported by the results.

H4: The higher the level of interactivity, the greater the engagement generated by the brand post both on Facebook and on Instagram.

Contrary to what was anticipated, high level of interactivity (questions or quizzes) did not lead to better public engagement. That higher engagement was provided by medium-level posts (call to act or contests).

These results are in line with the study carried out by Tafesse (2015) which also concluded that when a post uses too many interactivity tools, chances are that it might drive target audience away. This author recommends marketers to use a moderate level of interactivity. Questions cannot be answered with a reaction or a like but require the use of comments, for instance and such requirement can inhibit people from interacting with the content because this interaction would require them to spend more time and be more motivated.

In fact, both on Facebook and Instagram, the best results were found in posts with a medium level of interactivity and for virtually all activities (comments, reactions and shares).

The hypothesis developed was not supported, since the highest level of interactivity did not lead to the highest level of engagement. The best results were obtained by posts with a medium level of interactivity, both on Facebook and on Instagram. It is recommended to use posts with this level of interactivity in order to foster call to act strategies and promote users' action by making him interact or even co-create posts.

4. DISCUSSION

The results made it possible to identify some factors that can influence engagement on Facebook and Instagram for those three brands and to compare the differences between these two social networks. In short, the results obtained proved that, in response to the question "Which factors may influence consumers' engagement with alcoholic drink brands on Facebook and Instagram?", there are several factors that may influence engagement on these two social networks and some of those factors will have a different impact on Facebook and on Instagram.

First of all, one of the factors that influence engagement towards these alcoholic drink brands is the social network itself: while on Facebook results showed higher absolute engagement (greater number of reactions, comments and shares), on Instagram there seems to be a higher engagement rate (higher percentage of followers involved with the brand). Results show that both social networks are each individually important: these brands' Facebook page has a much larger number of followers than their Instagram page and has much higher reactions and comments rate values as well. However, the percentage of followers interacting with the posts is much lower compared to Instagram. These results corroborate those obtained by Vignisdóttir (2017), who also noted that users in this social network choose to express their opinion through likes, instead of comments.

Posting frequency proved to be an influence on engagement on both social networks and exercises similar influence. On both social networks, it is recommended that communication be consistent and frequent in order to boost engagement. These results agree with other studies (Markttest Consulting, 2017; Simões & Dias, 2017), as they concluded that the frequency of publications is a fundamental point in the strategy of social media communication.

As far as the degree of vividness is concerned, the results related to each of the social networks were quite distinct. On Facebook, high-level posts (videos) got more shares and more comments, and low-level posts (image) got more reactions. On this social network, video posts got higher peripheral engagement and a more complex interaction (shares or comments), while images got more direct interaction (reactions). On the other hand, on Instagram low-level posts showed more consistent results than high-level posts. The results are consistent with those obtained by Chua & Banerjee (2015) and Vignisdóttir (2017). Generally speaking, it is recommended to use more videos on Facebook in order to increase peripheral engagement and photographs for more direct interaction. On Instagram, photos brought more consistent results than video.

As Chua & Banerjee (2015) had already concluded in their study, our investigation also shows that, in relation to the posts interactivity variable, the high-level posts (which include quiz or questions), achieved poorer success in both social networks. Medium-level posts, which include call to act, were those that achieved greater engagement on both social networks. Indeed, the user cannot answer a question or a quiz with a simple "like". This type of posts requires more complex interactions and more of the user's time. This may inhibit the fan's interaction with the brand. Therefore, these brands should place more importance on posts with call to act strategies than on questions.

CONCLUSIONS

The emergence of social networks has led to the renewal of some of the Marketing practices in use. With Web 2.0, the public began to have a voice, an opinion and a way of engaging directly with the brands. Bidirectional communication brought new threats and new opportunities and may bring major benefits to the brands: the creation of engagement with their followers and their target audience in a way that traditional Marketing could not provide.

As far as alcoholic drink brands are concerned, this is an interesting case study, since communication on social networks is very different from that used in other activities. On the one hand, we have limits on advertisement and creative freedom, and on the other hand we have brands which are investing more and more in advertising and claiming their rightful place among the brands with more interactions on Facebook (Almeida, 2016; Markttest Consulting, 2017).

The results emphasize the need to incorporate a communication strategy on Facebook and Instagram. This should be done in an integrated way, but taking into account the potentialities and limitations of each social network. To maximize the public's response, marketers should take into account fan motivations in each social network and be able to adapt their strategy, without losing the coherence and values of the brand.

The study showed evidence of how the user plays a preponderant role in the new communicational dynamics. Fan involvement in the communication process is the key point to build creative synergies that will improve engagement and create a brand personality that will stand out on social networks.

One of the main limitations of this study is that the statistics related to each post are not susceptible to public scrutiny. Further research can possibly be used to understand the reason why people use social networks with such different purposes and what

they expect brand communication to achieve on each of those networks. Another concern would be to realize how the different engagement actions (likes, shares, comments) correspond to different levels of interaction and brand engagement.

This project does not cover everything there is to say about social network engagement, since it focuses merely on a specific case study and on a fixed analysis period. Social networking engagement will continue to be one of the most important metrics in the context of social networks and should continue to be extensively investigated through the effective use of various and different approaches.

REFERENCES

- Aggarwal, C. (2011). An Introduction to Social Network Data Analytics. *Social Network Data Analytics*, pp. 1-15. Acedido em <http://charuaggarwal.net/socialintro.pdf>
- Almeida, D. (2016). O álcool está a mexer com a publicidade? *Marketeer*. Acedido em <http://marketeer.pt/2016/04/29/o-alcool-esta-a-mexer-com-a-publicidade/>
- Brodie, R., Hollebeek, L., & Conduit, J. (2016). *Customer Engagement: Contemporary Issues and Challenges*. Routledge.
- Brodie, R., Ilic, A., Juric, B., & Hollebeek, L. (2013). Consumer engagement in a virtual brand community: An exploratory analysis. *Journal of Business Research*, 66(1), pp. 105–114. doi: 10.1016/j.jbusres.2011.07.029
- Brown, T. (2018, Fevereiro 16). *How to use CTA'S on Social Media*. Acedido em <http://blog.viraltag.com/2018/02/16/how-to-use-ctas-on-socialmedia/>
- Chua, A., & Banerjee, S. (2015). Marketing via Social Networking Sites: A Study. *Proceedings of the International MultiConference of Engineers and Computer Scientists*. Hong Kong: IMECS 2015. Acedido em http://www.iaeng.org/publication/IMECS2015/IMECS2015_pp363-368.pdf
- Coelho, R., Oliveira, D., & Almeida, M. (2016). Does social media matter for post typology? Impact of post content on Facebook and Instagram metrics. *Online Information Review*, 40(4), pp. 458-471. doi:<https://doi.org/10.1108/OIR-06-2015-0176>
- Evans, D. (2010). *Social Media Marketing: The Next Generation of Business Engagement*. John Wiley & Sons.
- Felix, R., Rauschnabe, P., & Hinsch, C. (2016). Elements of strategic social media marketing: A holistic framework. *Journal of Business Research*. Acedido em https://www.academia.edu/25214595/Elements_of_strategic_social_media_marketing_A_holistic_framework?auto=download
- Hanna, R., Rohm, A., & Crittenden, V. (2011). We're all connected: The power of the social media ecosystem. *Business horizons*, 54, pp. 265-273. Acedido em https://wolfman.one/wpcontent/uploads/2013/05/BH_HannaRohmCrittenden2011.pdf
- Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2016). *Marketing 4.0: Moving from Traditional to Digital*. John Wiley & Sons.
- Lobstein, T., Thornton, N., Jernigan, D., & Landon, J. (2017). The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review. *Addiction*, 112(S1), pp. 21-27. doi:10.1111/add.13493
- Marktest Consulting. (2016). *Os Portugueses e as Redes Sociais*. Acedido em http://www.marktest.com/wap/private/images/Logos/Folheto_Portugueses_Red_Sociais_2016.pdf
- Marktest Consulting. (2017). *Os Portugueses e as Redes Sociais*. Acedido em http://www.marktest.com/wap/private/images/Logos/Folheto_Portugueses_Red_Sociais_2017.pdf
- O'Reilly, T. (2005). *Web 2.0: Compact Definition?* Acedido em <http://radar.oreilly.com/2005/10/web-20-compact-definition.html>
- Phuaa, J., Jin, S., & Kim, J. (2017). Gratifications of using Facebook, Twitter, Instagram, or Snapchat to follow brands: The moderating effect of social comparison, trust, tie strength, and network homophily on brand identification, brand engagement, brand commitment, and membership intentio. *Telematics and Informatics*, 34, pp. 412-424. doi:<http://daneshyari.com/article/preview/466936.pdf>
- Schivinski, B., Christodoulides, G., & Dabrowski, D. (2016). Measuring Consumers' Engagement With Brand-Related Social-Media Content -. *Journal of Advertising Research*, 56(1), pp. 1-18. doi:<http://dx.doi.org/10.2501/JAR-2016-000>
- Sfetcu, N. (2017). *Web 2.0 / Social Media / Social Networks*. Nicolae Sfetcu.
- Simões, D., & Dias, C. (2017). Seguidores de marcas no Facebook: Perceções e comportamentos. *12th Iberian Conference on Information Systems and Technologies, CISTI* (pp. 2283-2288). IEEE. doi:<https://doi.org/10.23919/CISTI.2017.7975700>
- Social Bakers. (2012, Março 19). *Social Bakers*. Acedido em <https://www.socialbakers.com/blog/467-formulas-revealed-the-facebook-andtwitter-engagement-rate>

- Statista. (2017, Setembro). *Statista*. Acedido em <https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users>
- Tafesse, W. (2014). Content strategies and audience response on Facebook brand pages. *Marketing Intelligence & Planning*, 33(6), pp. 927-943. doi:<https://doi.org/10.1108/MIP-07-2014-0135>
- Thomas, B. (2017, Março 2). *The Ultimate Guide to Instagram Analytics*. Acedido em <https://later.com/blog/instagram-analytics/>
- Tuten, T., & Solomon, M. (2017). *Social Media Marketing* (3 ed.). United Kingdom: SAGE.
- Verhoef, P., Kooge, E., & Walk, N. (2016). *Creating Value with Big Data Analytics: Making Smarter Marketing Decisions*. Routledge.
- Vignisdóttir, A. (2017). *Customer engagement on instagram brand pages in the make-up industry*. Islândia: Háskólinn í Reykjavík, Reykjavik University. Acedido em https://skemman.is/bitstream/1946/26717/1/MAR0117_Thesis_Annika_Vignisdottir_Customer%20Engagement%20on%20Instagram%20Brand%20Pages%20In%20the%20Make-up%20Cosmetics%20Industry.pdf
- Vinerean, S., Cetina, I., Dumitrescu, L., & Tichindelean, M. (2013). The Effects of Social Media Marketing on Online Consumer Behavior. *International Journal of Business and Management*, 8(14). Acedido em <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ijbm/article/view/25378>
- Vries, L., Genslera, S., & LeeFlangab, P. (2012). Popularity of Brand Posts on Brand Fan Pages: An Investigation of the Effects of Social Media Marketing. *Journal of Interactive Marketing*, 26(2), pp. 83-91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.intmar.2012.01.003>

Millenium, 2(ed espec nº5), 399-405.

pt

OS MEIOS DE PROVA EM PROCESSO PENAL. O SERVIÇO SOCIAL FORENSE E A PROVA TESTEMUNHAL
THE MEANS OF PROOF IN CRIMINAL PROCEEDINGS. THE FORENSIC SOCIAL WORK AND THE TESTIMONIAL EVIDENCE
LOS MEDIOS DE PRUEBA EN LOS PROCESOS PENALES. EL TRABAJO SOCIAL FORENSE Y LA PRUEBA TESTIMONIAL

Gonçalo Mota¹

¹Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego, Lamego, Portugal

Gonçalo Mota - goncalo.j.mota@gmail.com



Autor Correspondente

Gonçalo Mota

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego
Av. Visconde Guedes Teixeira
5100-074 Lamego - Portugal
goncalo.j.mota@gmail.com

RECEBIDO: 02 de abril de 2020

ACEITE: 21 de abril de 2020

RESUMO

Introdução: O presente trabalho pretende analisar a prova testemunhal enquanto meio de obtenção de prova, com especial atenção à sua ponderação e conseqüente peso na realização da justiça.

Objetivos: Foi nosso objetivo apreciar criticamente o papel do assistente social enquanto testemunha, procurando analisar a jurisprudência que evidencia o papel deste profissional enquanto interveniente na produção de prova em julgamento, decorrente daquela que é a sua ação profissional.

Métodos: Recorremos à base de dados jurídico documentais do Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça (IGFEJ) e delimitamos a nossa procura a palavras-chave como “assistente social” e “testemunha”, tendo analisado para o efeito, treze acórdãos judiciais.

Resultados: Os acórdãos em que o assistente social se apresentou enquanto interveniente na produção de prova testemunhal, nomeadamente, no âmbito daquelas que são as suas funções, mostram que existe uma decisão judicial que se fundamentou, particularmente, na prova testemunhal do assistente social produzida em julgamento, para uma tomada de decisão final.

Conclusões: Concluimos que os testemunhos dos assistentes sociais são valorados pelos tribunais naqueles que são os processos onde se vê envolvido enquanto profissional cuja ação se rege pela acumulação de experiência e pela postura reflexiva dos contextos onde intervém, no entanto a força probatória do testemunho deste profissional é sempre fixada livremente pelo tribunal.

Palavras-chave: meios de prova; testemunha; assistente social

ABSTRACT

Introduction: This paper aims to analyze testimonial evidence as a means of obtaining evidence, with special attention to its consideration and consequent weight in the recognition of justice.

Objectives: It was our objective to critically appreciate the role of the social worker as a witness, seeking to analyze the jurisprudence that evidences the role of this professional as an intervener in the production of evidence in judgment, resulting from what is his professionalism.

Methods: We use the documentary legal database of the Institute of Financial Management and Justice Equipment (IGFEJ) and limited our search to keywords such as “social worker” and “witness”, having analyzed, for this purpose, thirteen judicial judgments.

Results: The judgments in which the social worker presented himself as an intervener in the production of testimonial evidence, in the context of those who are his functions, show that there is a judicial decision that was based, particularly, on the testimonial evidence of the social worker produced on trial for final decision making.

Conclusions: We concluded that the testimonies of social workers are valued by the courts in those cases where they are involved as a professional whose action is governed by the accumulation of experience and by the reflexive posture of the contexts in which they intervene, however the evidential strength of the testimony of this professional is always fixed freely by the court.

Keywords: means of evidence; witness; social worker

RESUMEN

Introducción: Este documento tiene como objetivo analizar la evidencia testimonial como un medio para obtener evidencia con especial atención a su consideración y el consiguiente peso en la realización de la justicia.

Objetivos: Nuestro objetivo fue apreciar críticamente el papel del trabajador social como testigo, tratando de analizar la jurisprudencia que evidencia el papel de este profesional como interveniente en la producción de evidencia en el juicio, como resultado de su profesionalidad.

Métodos: Utilizamos la base de datos legal documental del Instituto de Gestión Financiera y Equipo de Justicia (IGFEJ) y definimos nuestra búsqueda de palabras clave como "trabajador social" y "testigo", después de analizar, para este fin, trece sentencias judiciales.

Resultados: Los juicios en los que el trabajador social se presentó como interveniente en la producción de pruebas testimoniales, es decir, en el contexto de quienes son sus funciones, muestran que existe una decisión judicial que se basó, particularmente, en la evidencia testimonial del trabajador social producido a juicio para la toma de decisiones finales.

Conclusiones: Concluimos que los testimonios de los trabajadores sociales son valorados por los tribunales en aquellos casos en que están involucrados como profesionales cuya acción se rige por la acumulación de experiencia y por la postura reflexiva de los contextos en los que intervienen, sin embargo, la fuerza probatoria del testimonio de este profesional es siempre fijado libremente por el tribunal.

Palabras Clave: medios de evidencia; testigo; trabajador social

INTRODUÇÃO

As matérias da obtenção da prova são consideradas como estando entre as mais difíceis de analisar, seja do ponto de vista teórico ou daquela que é a prática profissional, associada ao direito.

A prova testemunhal, quase sempre omnipresente nos processos de natureza penal, é um meio fundamental para que se alcance a verdade material. Entendida enquanto resultado das funções mnésicas, assume-se como sendo dos meios de prova mais utilizados para formar a convicção do aplicador do direito.

O assistente social, cuja origem da profissão se encontra profundamente relacionada com o contexto de enfrentamento da questão social através das políticas sociais, é muitas das vezes chamado a cooperar com o poder judicial. Esta colaboração decorre daquela que é também hoje a sua função profissional, tantas vezes associada a uma natureza instrumental, que contraria de forma inequívoca aquela que é sua génese, nomeadamente no que se refere aos objetivos éticos e políticos da profissão.

Este trabalho propõe realizar um exercício de reflexão sobre a força probatória da prova testemunhal do assistente social em tribunal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Os meios de prova

De acordo com o Código de Processo Penal, os meios de prova são “meios legítimos, e admissíveis, por via dos quais é demonstrada a ocorrência dos factos que constituem o objecto do processo” (Prata et al., 2018, p.315). Segundo o n.º 1 do artigo 124.º do Código de Processo Penal (CPP) “constituem objecto da prova todos os factos juridicamente relevantes para a existência ou inexistência do crime, a punibilidade ou não punibilidade do arguido e a determinação da pena ou da medida de segurança aplicáveis”

Face à ausência de uma definição de prova, entendemos que prova “é actividade que se destina à demonstração da verdade dos factos, isto é, a justificação da convicção sobre a sua existência, enquanto eles constituem pressupostos da lei” (Simas Santos et al., 2011, p.189).

Segundo Prata, Veiga e Almeida (2018, p. 315), “de acordo com o princípio da legalidade da prova, ínsito no art.125.º, C.P.P., “são admissíveis as provas que não forem proibidas por lei”.

A Constituição proíbe as provas obtidas mediante tortura, coação ou recorrendo à ofensa da integridade física, bem como todas que são obtidas sem consentimento livre e esclarecido da pessoa visada, com as devidas ressalvas nas condições previstas na lei, como disso são exemplo, as buscas domiciliárias ou as escutas telefónicas, conforme o artigo 126.º do CPP.

Para Seabra de Brito (2018, p. 29), “o legislador constituinte português conformou a malha normativa das proibições de prova em texto constitucional”. Como refere esta autora “o instituto das proibições de prova funciona essencialmente como “norma de protecção” que impõe às instâncias formais de controlo um dever geral de abstenção de toda e qualquer interferência indevida em matéria de direitos fundamentais”.

Na verdade, a realização de justiça não se faz sem prova e esta não deverá ser obtida sem o cumprimento daqueles que são os requisitos que confirmem a sua validade processual.

Os meios de prova que o Código de Processo Penal prevê são: a prova testemunhal, a prova por acareação, a prova por reconhecimento, a reconstituição do facto, a prova pericial e a prova documental.

A prova testemunhal tem como “objecto os factos de que a testemunha tenha conhecimento directo e que constituam objecto da prova” (Antunes, 2018, p.125). Já a prova por acareação obtém-se pela “audição e inerente ao interrogatório entre co- arguidos, entre testemunhas, entre estas e o arguido ou o assistente, entre o arguido e o assistente, quando haja contradição entre as declarações por eles prestadas” (Prata, et al., 2018, p.421). A prova por reconhecimento é uma “prova presencial que pode ser realizada relativamente a pessoas e objectos, nos termos do disposto nos arts. 147.º e 148.º, C.P.P.” (idem). Também a reconstituição do facto é considerado como um meio de prova, que consiste “na reprodução, tão fiel quanto possível, das condições em que se afirma ou se supõe ter ocorrido o facto e na repetição do modo de realização do mesmo (artigo 150.º, nº1, do CPP)”. A prova pericial “tem lugar quando a percepção ou a apreciação dos factos exigirem especiais conhecimentos técnicos, científicos ou artísticos, o que determina depois o seu valor” (Antunes, 2018, p.132), conforme o artigo 163.º do CPP. Por fim a prova documental, é o meio de prova que demonstra ser admissível por documento “entendendo-se por tal, a declaração, sinal ou notação corporizada em escrito ou qualquer outro meio técnico, nos termos da lei penal (artigo 255.º do CP)” (Antunes, 2018, p.13).

1.2 A prova testemunhal

A prova testemunhal, sobre a qual nos debruçamos no presente trabalho, pode definir-se como a “prova sobre os factos constantes do processo que se obtém mediante a inquirição das testemunhas que tenham conhecimento directo daqueles” (Prata et al., 2018, p. 421). Para Antunes (2018, p. 125) “não serve para meio de prova o depoimento que resultar do que se ouviu dizer a pessoas determinadas e não é admissível como depoimento a reprodução de vozes publicas e convicções pessoais”.

No âmbito do Código do Processo Penal, a prova testemunhal é estatuída pelos artigos 128.º e seguintes, sendo uma prova pessoal pois daí resulta um testemunho. Neste âmbito, importa aqui definir testemunha como a “pessoa de todo estranha à realização do facto criminoso que perante a autoridade encarregada de uma investigação criminal, revela aquilo de que tem conhecimento acerca dele e das circunstâncias em que o mesmo ocorreu” (Simas Santos e Leal-Henriques, 2016, p. 200).

Para estes autores, o depoimento prestado pelas testemunhas tem como especificidades, “a judicialidade (tecnicamente só é prova testemunhal a prestada em juízo), a oralidade, a objectividade (a testemunha deve limitar-se aos factos e não externar suas opiniões) e a retrospectividade (só se refere a factos passados, não fazendo prognósticos)” (Simas Santos e Leal-Henriques, 2016, p. 200).

Segundo Antunes (2018, p. 125), a testemunha “tem o dever de testemunhar e responder com verdade às perguntas que lhe forem dirigidas, sob pena de incorrer em responsabilidade penal, sem prejuízo de não ser obrigada a responder a perguntas quando alegar que das respostas resulta a sua responsabilidade penal”. A autora refere ainda que a lei prevê que poderão recusar o depoimento como testemunhas “os descendentes, ascendentes, irmãos, afins até ao 2.º grau, adoptantes, adotados ou cônjuge do arguido (...) relativamente a factos ocorridos durante o casamento ou coabitação”. (Antunes, 2018, p. 126).

O facto da lei referir que “a testemunha é inquirida sobre factos de que possua conhecimento directo e que constituam objecto da prova” (art.128.º, n.º 1 do Código de Processo Penal), significa, para Simas Santos e Leal Henriques (2016, p. 200), que o “conhecimento é directo quando a testemunha fala do que viu ou ouviu, melhor, do que observou pessoalmente com os seus próprios sentidos”. Os autores sublinham, também, que “o depoimento deve também constituir objecto ou tema de prova, isto é, só pode recair sobre factos que, nos termos do art.º 124.º, sejam relevantes para a determinação da existência ou não de crime (...) excluindo-se, pois, tudo o que se reconduza a conclusões, juízos de valor, convicções pessoais, palpites, etc.” (Simas Santos e Leal-Henriques, 2016, p. 201)

Este entendimento não significa, no entanto, que, quando relevante, o depoimento indirecto, previsto no artigo 129.º do CPP, não possa ser utilizado, pois quando incide sobre “declarações sobre factos constantes do processo, dos quais não se tem conhecimento directo, mas por intermédio de outrem (...) este depoimento só poderá servir como meio de prova se o juiz chamar a depor as pessoas a quem se ouviu dizer esse determinados factos” (Prata et al., 2018, p. 169). Ou seja, o depoimento indirecto, “será válido e aceite se dele for obtida confirmação (se possível) da pessoa ou pessoas que transmitiram a notícia do facto ou depoente (n.º1)” (Simas Santos e Leal-Henriques, 2016, p.201), mas com a ressalva de que, “quando obtido fora das condições legais, não pode pois, ser valorado por se tratar de um meio de prova proibido” (Jesus, 2015, p. 150).

Salientamos, por isso, que pode testemunhar qualquer pessoa que “não se encontre interdita por anomalia psíquica, e só pode recusar-se nos casos previstos na lei (artigo 131.º, n.º1)” (Jesus, 2015, p. 149).

Segundo Fonseca (2018, p. 26), “às testemunhas não devem ser feitas perguntas sugestivas ou impertinentes que (...) são aquelas que são colocadas por forma a que nelas já se insinue a resposta que o entrevistador visa obter”.

A autora defende que também na prova testemunhal se deve garantir o princípio da imediação, na medida em que considera que “no sistema penal português está consagrada a tramitação plena de toda a prova não pessoal da fase do inquérito para a fase do julgamento. Significa isto que, aquando do julgamento, determina o artigo 355.º do CPP que deve haver uma repetição da prova anteriormente apresentada, ou seja, a testemunha que foi ouvida no inquérito vai ter que ser ouvida no julgamento, por forma a que o juiz consiga formar a sua convicção pelo contacto directo com aquele meio de prova” (Fonseca, 2018, p. 26).

Outro princípio fundamental que, segundo Inês (2018, p. 25), deve ser garantido na prova testemunhal, é “o princípio da livre apreciação da prova, consagrado no artigo 127.º do CPP, que determina que a prova tem o valor que o juiz considerar que tem, no sentido em que é a prova que o vai convencer que os factos estão ou não provados. Deste modo, é o juiz de julgamento que decide, em função do efeito que a prova tem na sua convicção, qual o valor que esta tem no caso em concreto”.

Interessa, por fim, referir quanto à prova testemunhal que a importância de um testemunho verdadeiro é fundamental para a correta produção de prova, tendo a lei penal portuguesa, previsto nos termos do artigo 91.º do CPP, o crime de falso testemunho, quando o mesmo não reflita a verdade.

Para Fonseca (2018, p. 49), “a testemunha tem o dever de declarar sobre factos que tenham sido por si apreendidos (artigo 128.º/1 CPP e artigos 454.º e 459.º CPC), sendo que este dever é infringido quando a testemunha declara falsamente esses factos ou quando diz que deles teve conhecimento directo quando na verdade não teve. Os juízos de valor e suposições da testemunha estão excluídos do dever de declarar”.

1.3 O Serviço Social forense e a prova testemunhal

O Serviço Social foi-se construindo enquanto profissão a partir das transformações sociais, políticas e económicas desde o século XIX. Durante o século XX o Serviço Social estatuiu-se numa relação de mediação entre a sociedade civil e o Estado. Em Portugal, segundo a autora Carmo Falcão, citada pelos autores Branco e Fernandes (2009, p. 7) ao Serviço Social “cumpriria promover condições de atendimento a necessidades humanas de subsistência e existência, consideradas necessidades igualmente básicas, através de uma prática com características sócio-relacionais, incluindo uma dupla dimensão convergente: a dimensão educativa e a dimensão política”.

No entanto e ao longo da evolução da profissão, o assistente social, tantas vezes visto como sendo um profissional dispensável e dispendioso, numa sociedade eminentemente ajustada a uma lógica neoliberal de poupança, não deixou de ser usado como um instrumento de controlo por parte dos diferentes poderes do Estado, nomeadamente, pelo poder judicial.

Segundo a autora Berta Granja (2014, p. 78), o assistente social “convive com motivações, interesses, necessidades, expectativas e lógicas de ação, que podem completar-se ou confluir, sobrepor-se ou opor-se nas relações sociais presentes na intervenção”.

Parton citado por Pena (2012, p. 19) considera que “a prática dos assistentes sociais assenta em preocupações como a avaliação do risco, a sua gestão e monitorização, reflexo do aumento das incertezas, ansiedades e inseguranças, mas também como a forma de enfrentar, compreender e responder às novas situações”.

Na realidade, os assistentes sociais que “exercem controlo social e exigem a construção da autonomia dos indivíduos quando estão em vias de a perder (...) debatem-se frequentemente entre os procedimentos técnicos, as regras, as normas institucionais e os valores éticos” (Granja, 2014, p.79).

Para Pena (2014, p. 19), “a crise do Estado Providência e o crescimento das críticas neoliberais levaram a uma nova situação em que o risco ganha um novo significado, devendo ser entendido em termos da mudança política e do clima social”. Para esta autora, isto significa que “não foi por acaso que o crescente foco no risco em serviço social coincidiu com o declínio da confiança nos assistentes sociais enquanto peritos e decisores”.

Sarah Banks afirma, segundo Pena (2012, p. 20), que em Inglaterra, por exemplo, no âmbito da intervenção na proteção dos menores, “os procedimentos detalhados foram desenvolvidos em resposta a uma crescente preocupação pública com o facto de os assistentes sociais terem estado envolvidos em situações em que crianças foram retiradas de casa, o que se veio a verificar como desnecessário, mas também em casos em que as crianças ficaram em casa, o que levou a ocorrência de abusos”. A autora afirma ainda que estas transformações na profissão, resultam na “mudança do papel do assistente social em que este assume um papel de monitorização, vigilância e recolha de provas”, tantas vezes fundamental, naquele que é o ato de produção da prova em julgamento.

É nossa convicção de que a produção de prova por parte dos assistentes sociais enquanto prova testemunhal deve ser privilegiada em detrimento, muitas das vezes, da prova documental que ganha forma através de relatórios e informações sociais, muitos deles realizados sem habilitação técnica especializada por parte deste profissional.

Discordamos da ideia de que “o Relatório Social é o documento resultante do processo de perícia social” (Vieira, 2011, p.227) e defendemos que esta informação, na maioria das vezes, enquanto meio de prova e de acordo com a jurisprudência estabelecida pelo acórdão do processo n.º 1217/97 - 3ª Secção do Supremo Tribunal de Justiça de 20 de janeiro de 1998 é apenas “um documento que contém meros dados de facto, sem qualquer juízo técnico ou pericial”.

Relativamente ao trabalho dos assistentes sociais, Santos (2014, p. 95) entende que “a legitimidade da prática profissional radica, fundamentalmente, na capacidade de efetuar leituras globalizantes dos contextos de ação”, no caso, características fundamentais que contribuem para a apreciação da prova testemunhal produzida “enquanto declaração de ciência de um terceiro que não é parte na lide, narrando um facto de que tem conhecimento directo (...), colaborando, dessa forma, no apuramento dos factos para que o processo possa ser encaminhado no sentido de descobrir a verdade material” (Fonseca, 2018, p.21).

2. MÉTODOS

Para esta pesquisa, utilizámos a base de dados jurídico documentais do Instituto de Gestão Financeira e Equipamentos da Justiça (IGFEJ) e delimitámos a nossa procura a palavras-chave como “assistente social” e “testemunha”.

Da pesquisa resultou a identificação de treze decisões judiciais, espartilhadas pelo Tribunal da Relação do Porto, Tribunal da Relação de Lisboa e Tribunal da Relação de Évora. Do Tribunal da Relação do Porto analisámos o acórdão 3354/07.4TBVNG.P1 de 27-05-2014, o acórdão 156/13.2GCVFR.P1 de 18-02-2015, o acórdão 466/11.3TAPRD.P2 de 09-11-2016, o acórdão 1257/18.6YLPRT.P1 de 07-02-2019 e o acórdão 2255/15.7T9PRT.P1 de 10-11-2016. Do Tribunal da Relação de Lisboa analisámos o acórdão 7886/15.2TDLSB.L1-3 de 19-06-2019, o acórdão 1718/02.9JDLSB.L1-9-2ªPARTE de 23-02-2012, o acórdão 1701/16.7 T8LRS-6 de 25-01-2018, o acórdão 1119/12.0TBSCR.L1-2 de 15-12-2016 e o acórdão 2959/14.1TCLRS de 10-11-2016. Do Tribunal da Relação de Évora analisámos o acórdão 1429/12.7TAFAR.E1 de 21-03-2017, o acórdão 14/14.3GAVVC.E1 de 11-10-2016 e o acórdão 8/12.3TAFAL.E1 de 03/11/2015.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos trezes acórdãos analisados, o assistente social interveio, nomeadamente, enquanto testemunha no âmbito daquelas que são as suas funções, seja em processos de violência doméstica, processos de promoção e proteção ou até mesmo em processos relativos ao crime de abuso sexual.

Ao assistente social, nos acórdãos que analisámos, é pedido, decorrente daquela que é a sua *práxis* profissional, centrada no acompanhamento aos indivíduos envolvidos nos processos judiciais, que descreva os contextos em que os mesmos se inserem e interagem, nomeadamente a nível familiar, comunitário e institucional.

O tribunal espera do assistente social uma descrição circunstancial, através de um relato objetivo, sendo evidente em vários dos acórdãos analisados, a ressalva feita pelo julgador, relativamente à postura equidistante, isenta e desinteressada por parte deste profissional aquando da produção da prova testemunhal.

É também comum, nos acórdãos que analisámos, a referência à existência prévia de relatórios ou informações sociais nos autos, produzidos pelo assistente social, no entanto, estes documentos que configuram a prova documental, acabam por ter de ser sempre corroborados com o seu testemunho, para a produção da prova em julgamento.

O testemunho do assistente social, em momento algum foi considerado como impregnado de um conhecimento técnico, que não fazendo parte da cultura geral do julgador levasse a que o mesmo procurasse a colaboração deste profissional, no esclarecimento dos pressupostos da apreciação da prova, como afinal acontece, por exemplo, nas provas periciais.

Decidimos evidenciar a análise do acórdão referente ao processo 8/12.3TAFAL.E1 de 03/11/2015 do Tribunal da Relação de Évora, pois em nenhum outro, encontramos uma decisão cuja prova testemunhal do assistente social tenha tido uma força probatória tão evidente, para uma tomada de decisão.

O acórdão 8/12.3TAFAL.E1 de 03/11/2015 do Tribunal da Relação de Évora analisou o recurso da arguida, que, enquanto beneficiária do Rendimento Social de Inserção, recebeu indevidamente um determinado valor desta prestação, tendo por isso sido condenada pelo crime de burla tributária. Segundo o Tribunal, “a arguida sabia que sobre si impendia a obrigação de comunicar à Segurança Social que o seu companheiro começara a trabalhar (facto que não comunicou), por outro, que - por não comunicar tal facto - continuou a receber, indevidamente, quantias que sabia não lhe serem devidas” (Acórdão do processo n.º 8/12.3TAFAL.E1, 2015).

Ao longo da análise do recurso, o tribunal formou a sua convicção, não só através das declarações da arguida, “que confessou parcialmente os factos que lhe eram imputados, referentes às circunstâncias de tempo e lugar da comissão dos factos, mas também ao circunstancialismo subjacente e envolvente da prática dos mesmos” (idem), mas também valorando o depoimento de testemunhas, nomeadamente os assistentes sociais que acompanharam este agregado familiar e que afirmaram “que efetuavam visitas domiciliárias à arguida e que a arguida foi informada para fazer todas as comunicações à Segurança Social, caso o estado do seu agregado familiar se alterasse, tendo ainda confirmado todos os montantes pagos pela arguida e os que faltam pagar, em reembolso” (ibidem).

Também no âmbito do acompanhamento à beneficiária consta na decisão que, na decorrência das suas funções, a assistente social fez constar que “aquando da entrevista inicial foi-lhe explicado os direitos e deveres da arguida, enquanto beneficiária do RSI, assim como lhe foi explicado o dever de declarar com verdade todos os factos relativos à composição e rendimentos dos elementos do seu agregado familiar... ainda explicado à arguida o dever de comunicar, no prazo de 10 dias, qualquer alteração verificada, quer no seu agregado familiar, quer nos respetivos rendimentos” (Acórdão do processo n.º 8/12.3TAFAL.E1, 2015).

Nesta decisão, o tribunal considerou o integral cumprimento do artigo 138.º do CPP, relativo às regras de inquirição, assumindo ser de extrema relevância a prova testemunhal recolhida, na medida em que sublinha que “as testemunhas depuseram assim de forma coerente, quer intrínseca, quer extrinsecamente entre si, com adaptação da linguagem verbal e não verbal, de forma clara e sem hesitações, de forma a sustentar a sua credibilidade no descobrir da veracidade dos factos por este tribunal (Acórdão do processo n.º 8/12.3TAFAL.E1, 2015).

CONCLUSÕES

A prova testemunhal decorre do resultado da inquirição da testemunha “sobre factos de que possua conhecimento directo e que constituam objecto da prova”, conforme o artigo 128.º do CPP.

Considerada a prova testemunhal um meio legítimo de prova, suportada pelos artigos 128.º a 139.º do CPP, e observando a definição de prova “enquanto demonstração da realidade de um facto ou da existência de um acto jurídico” (Prata et al., 2018, p.419), a prova testemunhal não se poderá estabelecer nas declarações que incidam na sua natureza sobre juízos de valor ou convicções pessoais, devendo a testemunha “depor em juízo, sob juramento, acerca de factos de que pessoalmente possa ter conhecimento” (Prata et al., 2018, p.484).

Entendemos, pela análise dos vários acórdãos, que o assistente social, decorrente daquelas que são as suas funções e diferentes papéis, assume uma função indispensável, dando à prova testemunhal um carácter de ainda maior relevo nas decisões judiciais que estudámos.

Concluimos, embora este meio de prova seja vital para a formação da convicção de quem, a quando da produção da prova em julgamento tem de decidir, que a prova testemunhal do assistente social, terá sempre a sua força probatória fixada segundo as regras da experiência e da livre convicção do tribunal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acórdão do processo n.º 3354/07.4TBVNG.P1(2014). Tribunal da Relação do Porto. Acedido em: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/043ae2c2e1b5a17780257d2300480e98?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º156/13.2GCVFR.P1(2015). Tribunal da Relação do Porto. Acedido em: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/652c7a42fefc1ecf80257dfe003c8fdd?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º 466/11.3TAPRD.P2 (2016). Tribunal da Relação do Porto. Acedido em: <http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/-/0363DD40B990CCA7802580760057B1C5>

- Acórdão do processo n.º1257/18.6YLPRT.P1 (2019). Tribunal da Relação do Porto. Acedido em:
<http://www.gde.mj.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/ad6da76de73c67c5802583c5004cbde8?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º 2255/15.7T9PRT.P1 (2016). Tribunal da Relação do Porto. Acedido em:
<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/b25bf48be69e579180258052003761d4?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º 7886/15.2TDLSB.L1-3 (2019). Tribunal da Relação de Lisboa. Acedido em:
<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/cdf71ca888b2db898025843500396d46?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º 1718/02.9JDLSB.L1-9-2ªPARTE (2012). Tribunal da Relação de Lisboa. Acedido em:
<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf//C7AE0EE3A07356CF802582A9004A1148>
- Acórdão do processo n.º 1701/16.7 T8LRS-6 (2018). Tribunal da Relação de Lisboa. Acedido em:
<http://www.gde.mj.pt/jtrl.NSF/33182fc732316039802565fa00497eec/ac8dcabea5504bc780258244005331e6?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º 1119/12.0TBSCR.L1-2 (2016). Tribunal da Relação de Lisboa. Acedido em:
<https://blook.pt/caselaw/PT/TRL/514217/>
- Acórdão do processo n.º 2959/14.1TCLRS Tribunal da Relação de Lisboa (2016). Acedido em:
http://www.pgdllisboa.pt/jurel/jur_mostra_doc.php?codarea=58&nid=5162
- Acórdão do processo n.º 1429/12.7TAFAR.E1 (2017). Tribunal da Relação de Évora. Acedido em: <http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/-/5CFB9B974714878A802580F8004CF797>
- Acórdão do processo n.º 14/14.3GAVVC.E1 (2016). Tribunal da Relação de Évora. Acedido em:
<http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/67d2832e4301a81d80258065003f31c8?OpenDocument>
- Acórdão do processo n.º 8/12.3TAFAL.E1 (2015). Tribunal da Relação de Évora. Acedido em:
<http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/d72293f4fc056dce80257f02003ccc2d?OpenDocument&Highlight=0,assistentes,sociais,fraude,rendimento,so%20cial,de,inser%C3%A7%C3%A3o>
- Acórdão do processo n.º 1217/97 - 3ª Secção (1998) Supremo Tribunal de Justiça. Acedido em: <https://www.stj.pt/wp-content/uploads/2018/01/criminal1998.pdf>
- Antunes, M. J. (2018). *Direito Processual Penal*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Branco, F e Fernandes, E. (2009) *O serviço social em Portugal: trajetória e encruzilhada*. Acedido em:
<http://www.cpihts.com/Nova%20pasta/SS%20Portugal.pdf>
- Brito, M. B. S. (2018). *Novas tecnologias e legalidade da prova em processo penal - Natureza e enquadramento do GPS como método de obtenção de prova*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Código de Processo Penal (2017). Acedido em:
http://www.pgdllisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=199A0125&nid=199&abela=leis&pagina=1&ficha=1&so_miolo=&nversao=#artigo
- Fonseca, I. S. V. (2018). *Prova Testemunhal: A Justiça Penal*. (Tese de mestrado, Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna, Lisboa, Portugal).
- Jesus, F. M. (2015). *Os Meios de Obtenção da Prova em Processo Penal*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Pena, M. J. B. (2012) - *Relação profissional: utopia ou realidade?* Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de doutoramento. Acedido em:
<http://hdl.handle.net/10071/6348>
- Prata, A. Veiga, C e Almeida, C.P (2018). *Dicionário Jurídico – Volume II – Direito Penal e Direito Processual Penal*. Coimbra, Portugal: Almedina
- Simas Santos, M. e Leal-Henriques, M. (2016). *Noções de Direito Penal*. Lisboa, Portugal: Rei dos Livros.
- Simas Santos, M., Leal-Henriques, M. e Simas Santos, J. (2011). *Noções de Processo Penal*. Lisboa, Portugal: Rei dos Livros.
- Granja, Berta (2014), *Contributos para a Análise das Formas Identitárias dos Assistentes Sociais*. Em Carvalho, Maria Irene e Carla Pinto, (orgs.) *Serviço Social- teorias e práticas* (pp.57-84), Lisboa: Pactor.
- Santos, C. Clara (2014), *A Identidade Profissional do Serviço Social: Uma análise reflexiva*. Em Carvalho, Maria Irene e Carla Pinto, (orgs.) *Serviço Social- teorias e práticas* (pp.85-96), Lisboa: Pactor.
- Vieira, Regina (2014). *O relatório social – expressão de um processo de perícia social*. *Intervenção Social*, n.º 38, pp-205-231. Acedido em:
<http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/is/article/view/1176/1288>

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

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; Licença Creative Commons. Documentos necessários à submissão, disponíveis no site da Revista: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/about/submissions>

Article submission policy to Millenium Journal

Millenium Journal is open to the collaboration of all interested parties and continually accepts the submission of articles. Authors must submit manuscripts for publication on Millenium's website, however, they should observe the collaboration indications, namely: Conditions of submission; Instructions for preparing the manuscripts; License Creative Commons. Documents required for submission, available on the website of the journal: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/about/submissions>

Política de sumisión de artículos a la Revista Millenium

La revista Millenium está abierta a la colaboración de todos los interesados y acepta continuamente la sumisión de artículos. Los autores deben someter los manuscritos para su publicación en el sitio web de Millenium, pero deben observar las indicaciones para colaboración, en particular: Condiciones de envío; Instrucciones de preparación de los manuscritos; Licencia Creative Commons. Los documentos necesarios para la presentación, disponibles en el sitio de la Revista: <http://revistas.rcaap.es/millenium/about/submissions>

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

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

Paula Santos

Corpo de Revisores Estrangeiros | 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 León (ES)

Carlos Maciel – Universidade de Nantes (FR)

Christophe Dubout - III IFITS Institut de Formation Interhospitalier Théodore Simon (FR)

Everton Vinicius de Santa - Universidade Federal de Santa Catarina (BR)

Florêncio Vicente Castro - Universidade de Badajóz (ES)

Francisco Barragan Iruzubieta - Universidad La Rioja. (ES)

Francisco-Javier Castro-Molina - Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, Universidad de la Laguna (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 Geriatria y Gerontología de Cantabria (ES)

Michelle Knox - University of Toledo, Ohio (US)

Oziris Borges Filho - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)

Tihomir Vranešević - University of Zagreb (HR)

Tadeu Fernandes de Carvalho – Pontifícia Universidade Católica de Campinas (BR)

Soner Soyulu - Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)

Wojciech Cynarski – Rzeszów University (PL)

Ye Suda - Zhejiang Economic and Trade Polytechnic (CHN)

Revisores Nacionais Externos | External National Reviewers | Revisores Nacionales Externos

Adalberto Dias de Carvalho – FLUP (PT)
Aires Pereira do Couto – Universidade Católica Portuguesa, Viseu (PT)
Alexandra Maria Dantas de Castro Araújo – U. Portucalense Inf. D. Henrique - Porto (PT)
Ana Maria Frias - Universidade de Évora (PT)
Ana Maria Mouraz Lopes – Universidade do Porto (PT)
Ana Sofia Carvalho – Universidade Católica, Porto (PT)
Anabela Antunes - Centro Hospitalar Tondela Viseu (PT)
Ândrea Marques - Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (PT)
António Boletto Rosado – Universidade Técnica de Lisboa (PT)
António Gomes Ferreira – Universidade de Coimbra (PT)
Cândida Koch - Escola Superior de Enfermagem do Porto (PT)
Carlinda Leite – Universidade do Porto (PT)
Carlos Fernandes Silva – Universidade de Aveiro (PT)
Carlos Duarte Peixeira Marques - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (PT)
Célia dos Prazeres Ribeiro – Universidade Católica Portuguesa, Viseu (PT)
Cristina Paula Albuquerque - Centro Hospitalar Tondela Viseu, Viseu (PT)
Eduardo José Ferreira dos Santos - Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (PT)
Elisabete Esteves - Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (PT)
Fernando Pina - Centro Hospitalar Tondela Viseu (PT)
Flávio Nelson Fernandes Reis - Universidade de Coimbra (PT)
Francisco Rui Cádima – Universidade Nova de Lisboa (PT)
Goreti Maria dos Anjos Botelho - Instituto Politécnico de Coimbra (PT)
Gustavo Pires – Universidade Técnica de Lisboa (PT)
Isa Margarida Vitória Severino – Instituto Politécnico da Guarda (PT)
Isabel Cabrita – Universidade de Aveiro (PT)
Isabel Maria Marques Alberto – Universidade de Coimbra (PT)
Isabel Mesquita – Universidade do Porto (PT)
Isabel Vieira - Universidade de Aveiro (PT)
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha - Universidade de Aveiro (PT)
João Eduardo Quintela Varajão – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Jorge Adelino Rodrigues da Costa – Universidade de Aveiro (PT)
Jorge Manuel Rodrigues Bonito - Universidade de Évora (PT)
Jorge Trinidad Ferraz de Abreu – Universidade de Aveiro (PT)
José Carlos Rodrigues Gomes - Instituto Politécnico de Leiria (PT)
José Roquette – Universidade Técnica de Lisboa (PT)
Luís Amaral – Universidade do Minho (PT)
Luís Lopes - INEM (PT)
Manuel António Brites Salgado – Instituto Politécnico da Guarda (PT)
Manuel Celestino Vara Pires - Instituto Politécnico de Bragança (PT)
Manuel Vicente de Freitas Martins – Instituto Politécnico de Castelo Branco (PT)
Margarida Gomes Moldão Martins (PT)
Margarida Isabel dos Santos Amaral – Universidade de Aveiro (PT)
Margarida Vieira - Universidade Católica Portuguesa (PT)
Maria dos Anjos Coelho Rodrigues - Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde (PT)
Maria dos Anjos Pires – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes – Instituto Politécnico de Portalegre (PT)
Maria João Barroca – Instituto Politécnico de Coimbra (PT)
Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira - Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)
Maria Neto da Cruz Leitão – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
Maria Raquel Freire - Universidade de Coimbra (PT)
Maria Teresa Pires de Medeiros - Universidade dos Açores – (PT)
Maria Teresa Rijo da Fonseca Lino – Universidade Nova de Lisboa (PT)
Mauro Lopes Mota - ULS, Guarda, Hospital de Seia (PT)
Nádia Paiva - Sonae Arauco. R&D Manager - Chemicals & Impregnation (PT)
Nuno Marques - INEM (PT)
Paulo Joaquim Pina Queirós – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
Paulo Jorge Almeida Pereira - Universidade Católica Portuguesa, Viseu (PT)
Paula Prata - Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)
Paulo Providência – Universidade de Coimbra (PT)

Pedro Sousa – Escola Superior Enfermagem de Coimbra (PT)
Preciosa Teixeira Fernandes – Universidade do Porto (PT)
Regina Pires - Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)
Ricardo Ferreira - Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (PT)
Rogério Paulo Alves Lopes – Universidade de Aveiro (PT)
Romeu Lopes - Instituto Politécnico da Guarda (PT)
Rosa Antónia de Oliveira Figueiredo Tomás Ferreira – Universidade do Porto (PT)
Rute Guedes dos Santos - Escola Superior Agrária de Elvas (PT)
Rosário Gamboa – Instituto Politécnico do Porto (PT)
Sandra Cristina Oliveira Soares - Universidade de Aveiro (PT)
Sandra Silva Monteiro Santos Cruz - Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)
Susana Custódio - Instituto Politécnico de Leiria. Escola Superior de Saúde (PT)
Teresa Mata - Universidade do Porto (PT)
Teresa Maria Dias de Paiva - Instituto Politécnico da Guarda (PT)
Tito da Silva Trindade - Universidade de Aveiro (PT)
Vera Homem - Universidade do Porto (PT)
Vitor Manuel Costa Pereira Rodrigues - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (PT)
Záida Maria Lopes Ferreira – Instituto Politécnico da Guarda (PT)

Revisores Nacionais Externos ad hoc | External National Reviewers ad hoc | Revisores Nacionales Externos ad hoc

Millenium, 2(ed espec nº5) – 2020

Alcinda Maria Sarmento Costa dos Reis - Instituto Politécnico de Santarém
Amadeu Matos Gonçalves - Instituto Politécnico de Viseu
Ana Andrade - Instituto Politécnico de Viseu
Ana Cristina de Spínola Mavmone Madeira - Instituto Politécnico de Santarém
Ana Filipa Pereira Oliveira - Universidade do Minho
Ana Isabel Andrade - Instituto Politécnico de Viseu
Ana Teresa Guia - Instituto Politécnico de Viseu
Anabela Antunes - Centro Hospitalar Tondela Viseu
António Madureira Dias - Instituto Politécnico de Viseu
Baixinho Cristina Lavareda - Escola Superior de Enfermaagem de Lisboa
Bruno Miguel Morais Lemos Esteves - Instituto Politécnico de Viseu
Carla Cruz - Instituto Politécnico de Viseu
Carla Silva - Instituto Politécnico de Viseu
Carlos Albuquerque - Instituto Politécnico de Viseu
Cátia Magalhães - Instituto Politécnico de Viseu
Cláudia Chaves - Instituto Politécnico de Viseu
Clementina Sousa - Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Elsa Melo - Universidade de Aveiro
Emília Coutinho - Instituto Politécnico de Viseu
Ernestina Silva - Instituto Politécnico de Viseu
Fernando Pina - Centro Hospitalar Tondela Viseu
Francisco Sampaio - Escola de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
Goreti Botelho - Escola Superior Agrária de Coimbra
Graca Aparício - Instituto Politécnico de Viseu
Helena Moreira - Centro Hospitalar Tondela Viseu
Idalina de Jesus Dominaos - Instituto Politécnico de Viseu
Isabel Baer - Instituto Politécnico de Beija
Jaime Aníbal - Universidade do Algarve
Isabel Bica - Instituto Politécnico de Viseu
Isabel Martins - Instituto Politécnico de Viseu
Isabel Mateos - Universidade de Salamanca
Ivone Ferreira - Universidade Nova de Lisboa
Joana Martins - Instituto Politécnico de Viseu
José Carlos Rodrigues Gomes - Instituto Politécnico de Leiria
Lídia Cabral - Instituto Politécnico de Viseu
Luísa Andrade - Escola Superior de Enfermagem do Porto
Madalena Cunha - Instituto Politécnico de Viseu
Maria Auauستا Romão Da Veia Branco - Instituto Politécnico de Braaanca
Maria Luísa Vieira Andrade Santos - Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
Maria Margarida da Silva Reis dos Santos - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Pacheco Fiaueiredo - Instituto Politécnico de Viseu
Marília dos Santos Rua - Universidade de Aveiro
Matilde Delmina da Silva Martins - Instituto Politécnico de Bragança
Mauro Coelho - Centro Hospitalar Tondela Viseu
Miguel Midões - Instituto Politécnico de Viseu
Odete Amaral - Instituto Politécnico de Viseu
Ofélia Anjos - Instituto Politécnico de Castelo Branco
Olivério Ribeiro - Instituto Politécnico de Viseu
Paula Nelas - Instituto Politécnico de Viseu
Paula Prata - Escola Superior de Enfermaagem do Porto
Pedro Sousa - Instituto Politécnico de Leiria
Reqina Pires - Escola Superior de Enfermaagem do Porto
Romeu Lopes - Instituto Politécnico da Guarda
Rosina Fernandes - Instituto Politécnico de Viseu
Sabina Valente - Universidade de Évora
Sara Felizardo – Instituto Politécnico de Viseu
Sofia Campos - Instituto Politécnico de Viseu
Soner Soyly - Hatay Mustafa Kemal University
Susana Custódio - Instituto Politécnico de Leiria

Revisores Nacionais - Instituto Politécnico de Viseu (IPV) | National Reviewers (IPV) | Revisores Nacionales (IPV)

Escola Superior Agrária

António Manuel Santos Tomas Jordão
Dulcineia Ferreira Wessel
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
Cristina Azevedo Gomes
Dulce Helena Melão
Emília da Conceição Figueiredo Martins
Esperança do Rosário Jales Ribeiro
Filomena Antunes Sobral
Francisco Emiliano Dias Mendes
Henrique Manuel Pereira Ramalho
Isabel Aires de Matos
Ivone Ferreira
Joana Martins
João Paulo Rodrigues Balula
José Luís Menezes Correia
Lia João de Pinho Araújo
Maria Isabel Rola Rodrigues Abrantes
Maria Pacheco Figueiredo
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 Delplançq

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

Ana Teresa Guia
Isabel Maria Soares Pinto de Oliveira
José Paulo Ferreira Lousado
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
Carla Maria Alves da Silva
Cláudia Patrícia de Almeida Seabra Moreira
Cristina Maria do Amaral Pereira de Lima Coelho
Daniel Filipe Albuquerque
Gilberto Antunes Ferreira Rouxinol
Henrique Almeida
Idalina de Jesus Domingos
Isabel Maria Loureiro Pais Esteves Martins
Isabel Maria Soares Pinto de Oliveira
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
Nuno Melão
Odete Paiva
Paulo Alexandre da Silveira Costeira Marques da Silva
Paulo Moisés Almeida da Costa
Paulo Rogério Perfeito Tome
Pedro Manuel Nogueira Reis
Suzanne Amaro
Sérgio Miguel Gomes Lopes

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

**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 |
Millenium Magazine Edition and Management in SARC/
RECAAP | Edition y Gestión de la Magazine Millenium en
SARC / RCAAP**

Ângelo Fonseca – ESEV

**Apoio Documental e Bibliográfico | Documental and
Bibliographical Support | Soporte Documental y Bibliográfico**

Ascensão Abrantes – ESEV, IPV

Damiana Guedes – ESTGL, IPV

Fátima Jorge – ESSV, IPV

Luís Carneiro – ESAV, IPV

Rosa Silva – ESTGV, 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**

Ângelo Fonseca – ESEV

**Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto | Technical
Support, Redaction and Text Edition | Soporte Técnico,
Redacción y Edición de Texto**

Joel Marques – IPV

**Composição e Conceção Gráfica | Composition and
Graphic Design | Composición y Diseño Gráfico**

Paulo Medeiros – IPV

Joel Marques – IPV

junho • june 2020
série | serie 2 • ano | year 5 • quadrimestral | quarterly



millenium
Journal of Education, Technologies, and Health