

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health



2
Série 2
pt

millenium

Journal of Education, Technologies, and Health

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

José Paulo Lousado

Maria João Amante

Paula Correia

Editores das Seções | Section Publishers | Editores de Secciones

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

Paula Correia - paulacorreia@esav.ipv.pt

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

Madalena Cunha - mnunes@essv.ipv.pt

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

Maria João Amante - majoa@esev.ipv.pt

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

José Luís Abrantes - jlbrantes@estv.ipv.pt

José Paulo Lousado - jlousado@estgl.ipv.pt

Conselho Editorial Internacional | International Editorial Board | Consejo Editorial Internacional

Madalena Cunha, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT), Presidente
Ana Sofia Carvalho, PhD, Universidade Católica, Porto (PT)
Alessandro Gandini, PhD, Pagora School, Grenoble Polytechnic, France (FR)
António Boleto Rosado, PhD, Universidade Técnica de Lisboa (PT)
António Sérgio Alfredo Guimarães, PhD, Universidade de S. Paulo (BR)
Carlos Fernandes da Silva, PhD, Professor Catedrático, Universidade de Aveiro (PT)
Carlos Gutiérrez García, PhD, Universidade de León (ES)
Elisabeth Kastenholz, PhD, Universidade de Aveiro (PT)
Flávio Nelson Fernandes Reis, PhD, Universidade de Coimbra (PT)
Isabel Mateos Rubio, PhD, Universidade de Salamanca (ES)
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, PhD, Universidade de Aveiro (PT)
João Eduardo Quintela Varajão, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Javier Montero Martín, PhD, Universidade de Salamanca (ES)
José Luís Abrantes, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
José Paulo Lousado, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Luís Saboga Nunes, PhD, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa (PT)
Maria dos Anjos Pires, PhD, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD (PT)
Maria João Amante, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Porto (PT)
Margarida Gomes Moldão Martins, PhD, Instituto Superior de Agronomia, Universidade de Lisboa (PT)
Oziris Borges Filho, PhD, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)
Paula Correia, PhD, Instituto Politécnico de Viseu (PT)
Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (PT)
Paulo Providência, PhD, Universidade de Coimbra (PT)
Soner Soyulu, PhD, Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)
Wojciech Cynarski, PhD, Rzeszów University (PL)
Mohamed Samer, PhD, Universidade do Cairo (EG)

Ficha Técnica | Technical Sheet | Ficha Técnica

Propriedade | Property | Propiedad

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

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

☎ 232 480 700 (ext.2100)

✉ millenium@pres.ipv.pt (Revista Millenium)

🌐 <http://www.ipv.pt/millenium/> (Revista Millenium)

🌐 <http://www.ipv.pt/ci>(Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) - Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu)

Ficha Catalográfica

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

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

Título da Revista abreviado: Rev. Mill

Sigla da Revista: Mill

Depósito Legal Nº: 973 71/96

ISSNe (versão eletrónica) 1647-662X

Indexação

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

Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
<http://www.latindex.unam.mx/index.html>

Avaliada por Qualis/CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior na área da Educação em B2 e na área de Letras/Linguística em B4. <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaPeriodicos.faces>

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

Periodicidade

Quadrimestral, sendo editada em fevereiro, junho e outubro.

Nota

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

Editorial | Editorial | Editorial

A revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health é “uma publicação periódica de vocação e âmbito multidisciplinar”, tal como é referido na sua política editorial, afirmando-se como um projeto único, definido e com objetivos próprios, com publicação de artigos oriundos das várias áreas disciplinares.

A opção pela multidisciplinaridade evita a compartimentação, levando a uma abertura de horizontes empíricos e conceituais, favorecendo as trocas informacionais, ultrapassando fronteiras disciplinares na produção e disseminação do conhecimento científico. Nesta perspetiva, pretende-se que a Millenium se assuma como um veículo de transmissão do conhecimento, proveniente dos diversos domínios científicos, de uma forma integrada, inovadora e não compartimentada e que permita a criação de sinergias interdisciplinares.

O conhecimento científico consolida-se, aprofunda-se e expande-se na confluência de diversos saberes, na sua interação e complementaridade. Atualmente, nos programas de apoio à investigação e no reforço das ligações entre o ensino superior/ economia e sociedade, cada vez mais se incentivam equipas com diversidade de bases disciplinares distintas potenciando, assim, resultados mais sólidos, consistentes e abrangentes.

A multidisciplinaridade e interdisciplinaridade potenciam a diversidade, proporcionando aos investigadores um ambiente favorável à troca de saberes e favorecendo o conhecimento de perspetivas complementares às suas, o que levará certamente, ao incremento da criatividade e à procura de novas questões, novos rumos e novas respostas.

É neste contexto que a Millenium se enquadra, demonstrando em mais uma edição deste Journal que a multidisciplinaridade é necessária e possível e que pode ser estimulada através do desenvolvimento duma nova cultura científica de interação entre as diversas áreas do conhecimento.

Após avaliação cega, o presente número, integra 10 artigos, cuja versatilidade temática compreende a dimensão multidisciplinar que se pretende proporcionar a este periódico que tem como foco as ciências da vida e da saúde, agrárias, alimentares e veterinárias, educação e desenvolvimento social, e das engenharias, tecnologia, gestão, turismo e artes.

A Equipa Editorial

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

Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health is “a periodical publication with a multidisciplinary purpose and mission”, as mentioned in its editorial policy, consolidating its position as a unique, defined Project with its own objectives, publishing articles from various subject.

Its multidisciplinary avoids compartmentation, opening up empirical and conceptual horizons, favouring information exchange and overcoming disciplinary boundaries when producing and disseminating scientific knowledge. In this perspective, Millenium will act as a vehicle for the transmission of knowledge, which stems from diverse scientific domains, in a non-compartmentalized, innovative and integrative way that allows the creation of interdisciplinary synergy.

Scientific knowledge is consolidated, deepened, and expanded by the confluence of different areas that interact and complement themselves. Currently, in investigation support programs and by reinforcing the connection between higher education, economy and society, teams with different disciplinary bases are increasingly supported in a way to strengthen more consistent and more comprehensive results.

Multidisciplinary and interdisciplinarity increases diversity, allowing establishing among investigators an environment favourable to the exchange of knowledge and development of complementary perspectives, which certainly lead to the increase in creativity and the search for new questions, new paths and new answers.

It's in this context that Millenium emerges, demonstrating in another edition of this Journal that multidisciplinary is necessary and possible and that it can be stimulated by developing a new scientific culture of interaction between the different areas of knowledge.

After blind evaluation, the present number integrates 10 articles, whose thematic versatility allow the multidisciplinary dimension intended for this periodical that has life and health, agrarian, alimentary and veterinary sciences, education and social development, engineering, technology, management, tourism and arts as its focus.

The Editorial Board

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

La revista Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health es “una publicación periódica de vocación y ámbito multidisciplinar”, tal como se refiere en su política editorial, afirmando-se como un proyecto único, definido y con objetivos propios, con publicación de artículos originarios de las varias áreas disciplinares.

La opción por la multidisciplinariedad evita el fraccionamiento, llevando a una apertura de horizontes empíricos y conceptuales, favoreciendo los intercambios comerciales, superando fronteras disciplinares en la producción y diseminación del conocimiento científico. En esta perspectiva, se pretende que la Millenium se asuma como un vehículo de transmisión de conocimiento, proveniente de diversos dominios científicos, de una forma integrada, innovadora y no compartimentada y que permita la creación de sinergias interdisciplinares.

El conocimiento científico se consolida, se profundiza y se expande en la confluencia de diversos saberes, en su interacción y complementariedad. Actualmente, en los programas de apoyo a la investigación y en el refuerzo de las conexiones entre la enseñanza superior/economía y sociedad, cada vez más se incentivan equipos con diversidad de bases disciplinares distintas, potenciando, de esa manera, resultados más sólidos y amplios.

La multidisciplinariedad e interdisciplinariedad desarrollan la diversidad, proporcionando a los investigadores un ambiente favorable al intercambio de saberes y favoreciendo el conocimiento de perspectivas complementarias a las suyas, lo que llevará, seguro, al incremento de la creatividad y a la búsqueda de nuevas cuestiones, nuevos rumbos y nuevas respuestas.

Es en este contexto que la Millenium se enmarca, demostrando en una edición más de este Journal que la multidisciplinariedad es necesaria y posible y que puede ser animada a través del desarrollo de una nueva cultura científica de interacción entre las diversas áreas del conocimiento.

Después de evaluación ciega, el presente número integra 10 artículos en que la versatilidad temática incluye la dimensión multidisciplinaria que se pretende proporcionar a este periódico, que tiene como enfoque las ciencias de la vida y de la salud, agrarias, alimentarias y veterinarias, educación y desarrollo social, y de las ingenierías, tecnología, gestión, turismo y artes.

El Equipo Editorial

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

Sumário | Summary | Resumen

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE

EFEITO MODERADOR DOS ESTILOS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE SOCIAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NOS ADOLESCENTES	13
THE MODERATING EFFECT OF PARENTING STYLES ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENTS	13
EFFECTO MODERADOR DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD SOCIAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	13
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO	27
QUALITY OF LIFE IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY UNDERGOING AN ACTIVE AGING PROGRAM	27
CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS SOMETIDOS A UN PROGRAMA DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	27
A INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO DOENTE COM DEMÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.	35
THE INTERVENTION OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE PATIENT WITH DEMENTIA IN PALLIATIVE CARE.	35
LA INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL PACIENTE CON DEMENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.	35

EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

PARENTING SCALE SELF-TEST: ESTUDO DA ESTRUTURA FATORIAL	57
PARENTING SCALE SELF-TEST: STUDY OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES	57
PARENTING SCALE SELF TEST: ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL	57

ENGENHARIAS, TECNOLOGIA, GESTÃO E TURISMO

A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE	71
HUMANIZATION OF CARE PATIENTS IN HEMODIALYSIS PROGRAMM	71
LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS	71

Autores | Authors | Autores

Ana Paula Matos, 13, 57
Andreia Gameiro, 35
Carlos Magalhães, 27
Catarina Ribeiro, 71
Catarina Sequeira, 71
Cristiana Marques, 57
Cristina Moura, 71
Eliana Silva, 13, 57
Eugénia Anes, 27
Fábia Escarigo, 35
Flávia Rebelo, 27
Helena Penaforte, 71
Joana Lopes, 13
José Joaquim Costa, 13, 57
Manuela Martins, 71
Maria Rosário Pinheiro, 57
Maria Saraiva, 71
Paula Sapeta, 35
Vanessa Ramos, 13

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
LIFE AND HEALTH SCIENCES
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium

EFEITO MODERADOR DOS ESTILOS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE SOCIAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NOS ADOLESCENTES	13
THE MODERATING EFFECT OF PARENTING STYLES ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENTS	13
EFEECTO MODERADOR DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD SOCIAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	13
QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO	27
QUALITY OF LIFE IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY UNDERGOING AN ACTIVE AGING PROGRAM	27
CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS SOMETIDOS A UN PROGRAMA DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	27
A INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO DOENTE COM DEMÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.	35
THE INTERVENTION OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE PATIENT WITH DEMENTIA IN PALLIATIVE CARE.	35
LA INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL PACIENTE CON DEMENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.	35

Millenium, 2(2), 13 -25.

EFEITO MODERADOR DOS ESTILOS PARENTAIS NA RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE SOCIAL E SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA NOS ADOLESCENTES

THE MODERATING EFFECT OF PARENTING STYLES ON THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENTS

EFFECTO MODERADOR DE LOS ESTILOS PARENTALES EN LA RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD SOCIAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

*Eliana Silva¹
Ana Paula Matos^{1,2}
José Joaquim Costa¹
Vanessa Ramos¹
Joana Lopes¹*

¹ *Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal*

² *Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, FPCEUC, Coimbra, Portugal*

Eliana Silva - eliana92silva@gmail.com | Ana Paula Matos - apmatos@fpce.uc.pt | José Joaquim Costa - jjcosta@fpce.uc.pt |
Vanessa Ramos - v.ramos760@gmail.com | Joana Lopes - joanarcunhalopes@gmail.com

Autor Correspondente

Eliana Silva

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, R. Colégio Novo 10A, 3001-802 Coimbra, Portugal.
eliana92silva@gmail.com

RECEBIDO: 25 de novembro de 2016

ACEITE: 12 de janeiro de 2017

RESUMO

Introdução: A comorbidade entre ansiedade social e depressão é elevada na adolescência. Os estilos parentais de socialização emocional têm-se mostrado associados ao desenvolvimento de competências sociais e de sintomatologia depressiva.

Objetivo: Este estudo pretende explorar o efeito moderador dos estilos parentais na relação entre ansiedade social e depressão na adolescência, as associações existentes entre estas últimas variáveis, e a relação entre estilos parentais e sintomatologia ansiosa e depressiva nos filhos.

Métodos: A amostra é constituída por 121 pais e respetivos filhos. A natureza do presente estudo é correlacional e transversal. Recorreu-se a instrumentos de autorresposta para avaliar a ansiedade social (MASQ, March, et al. 1997; versão Portuguesa: Salvador et al., 2015), a sintomatologia depressiva (CDI, Kovacs, 1985; versão Portuguesa: Marújo, 1994) e os estilos parentais (PSST, Gottman & Declaire, 1997; versão Portuguesa: Matos, Costa, Pinheiro, Silva, & Marques, 2016).

Resultados: Verificou-se que a ansiedade social se associou significativamente com depressão e que apresentou um efeito preditor sobre a mesma. Os estilos parentais não revelaram associações significativas quer com sintomatologia depressiva, quer com ansiedade social. Porém, encontrou-se um efeito moderador do estilo parental explorador na relação entre ansiedade de desempenho público e sintomatologia depressiva.

Conclusões: A presente investigação confirmou a existência de uma associação significativa entre ansiedade social e sintomatologia depressiva na adolescência e sugere um efeito das práticas parentais de socialização emocional nesta relação, que, no entanto, deverá ser replicado em investigações futuras. Será ainda importante estudar o efeito dos estilos parentais nas competências de regulação emocional dos filhos e o possível efeito mediador destas na relação entre ansiedade social e depressão.

Palavras-chave: Ansiedade social; Depressão; Estilos parentais; Moderação; Adolescência

ABSTRACT

Introduction: The comorbidity between depression and social anxiety is high in adolescence. Parental emotion socialization behaviors have been associated with the development of social skills and depressive symptomatology.

Objective: This study aims to explore the moderating effect of parenting styles on the relationship between social anxiety and depression, to study the associations between them, and to analyze the relationship between parenting styles, social anxiety and depressive symptomatology in adolescents.

Methods: The sample consisted of 121 parents and their children. The nature of the present study is correlational and cross-sectional. Self-report instruments were used to assess social anxiety (MASQ, March, et al. 1997; Portuguese version: Salvador et al., 2015), depressive symptomatology (CDI, Kovacs, 1985; Portuguese version: Marújo, 1994) and parenting styles (PSST, Gottman & Declaire, 1997; Portuguese version: Matos, Costa, Pinheiro, Silva, & Marques, 2016).

Results: It was found that social anxiety is significantly associated to depression and that the former has a predictive effect on the latter. The parenting styles revealed no significant associations with either depressive symptomatology or with social anxiety, but a moderating effect of explorer parenting style was found in the relationship between social anxiety (public performance) and depressive symptomatology.

Conclusions: The present investigation confirmed the existence of a significant association between social anxiety and depressive symptomatology in adolescence and suggests an effect of parental practices of emotional socialization in this relation, which, however, should be replicated in future research. It will also be important to study the effect of parenting styles on children's emotional regulation skills and their possible mediating effect on the relationship between social anxiety and depression.

Keywords: Social Anxiety; Depression; Parenting Styles; Moderation; Adolescence

RESUMEN

Introducción: La comorbilidad entre la ansiedad social y depresión es alta en la adolescencia. Los estilos parentales de socialización emocional han demostrado estar asociados con el desarrollo de competencias sociales y síntomas depresivos.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo explorar el efecto moderador de los estilos parentales sobre la relación entre ansiedad social y depresión en la adolescencia, las asociaciones entre estas variables y la relación entre estilos parentales y síntomas ansiosos y depresivos en los niños.

Métodos: La muestra consistió en 121 padres y sus hijos. La naturaleza de este estudio es correlacional y transversal. Se han utilizado instrumentos de auto-respuesta para evaluar la ansiedad social (MASQ, March, et al., 1997; versión Portugués: Salvador et al., 2015), los síntomas depresivos (CDI, Kovacs, 1985; versión Portugués: Marújo, 1994) y los estilos parentales (PSST, Gottman & DeClaire, 1997; versión Portugués: Matos, Costa, Pinheiro, Silva, & Marques, 2016).

Resultados: Se encontró que la ansiedad social se asoció significativamente con la depresión y presentó un efecto predictor sobre la misma. Los estilos parentales no revelaron estar significativamente asociados con síntomas depresivos o ansiedad social y no mostraron ser predictores de depresión. No obstante, se encontró un efecto moderador del estilo parental explorador en la relación entre la ansiedad por el desempeño público y los síntomas depresivos.

Conclusiones: Esta investigación confirmó la existencia de una asociación significativa entre la ansiedad social y los síntomas depresivos en la adolescencia y sugiere un efecto de las prácticas parentales de socialización emocional en esta relación, lo cual debe, sin embargo, ser replicado en futuras investigaciones. También será importante estudiar el efecto de los estilos parentales en las competencias de regulación emocional de los hijos y el posible efecto de mediación de estas en la relación entre la ansiedad social y depresión.

Palabras clave: Ansiedad social; Depresión; Estilos parentales; Moderación; Adolescencia

INTRODUÇÃO

Enquanto na infância a prevalência da depressão varia entre 0.4% e 2.5%, durante a adolescência estas percentagens aumentam consideravelmente atingindo valores entre os 4% e os 24% (Cummings & Fristad, 2008), sendo que, segundo Abela e Hankin (2008), aos 14 anos 9% dos adolescentes já terão experienciado pelo menos um episódio depressivo maior.

A ansiedade social é considerada a perturbação de ansiedade mais frequente em doentes com depressão (Belzer & Schneier, 2004), surgindo estas perturbações frequentemente comórbidas na adolescência (Beidel et al., 2007; Chavira, Stein, Bailey, & Stein, 2004; Ranta, Kaltiala, Rantanen, & Marttunen, 2009).

Alguns estudos começam a mostrar que as filosofias meta-emocionais dos pais também se relacionam com a experiência emocional dos filhos adolescentes, quer no que respeita a sintomatologia internalizante e ao desenvolvimento de competências sociais (Buckholdt, Kitzmann, & Cohen, 2014a; Buckholdt, Parra, & Jobe-Shields, 2014b; Stocker, Richmond, & Rhoades, 2007; Yap, Schwartz, Byrne, Simmons, & Allen, 2010).

Na presente investigação pretende estudar-se a relação entre depressão, ansiedade social e estilos parentais, averiguando também o possível efeito moderador dos estilos parentais na relação existente entre as primeiras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A depressão na adolescência

A depressão caracteriza-se pela presença de humor deprimido e anedonia podendo o humor, no caso das crianças e adolescentes, ser predominantemente caracterizado por irritabilidade (American Psychiatric Association, 2013). Nesta faixa etária, a sintomatologia depressiva inclui ainda perda de energia, hipersónia, aumento de peso, sensação de desesperança e ideação suicida (Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson, & Ryan, 2004).

Entre os prejuízos mais comumente associados à depressão na adolescência encontram-se o baixo rendimento escolar, o aumento dos conflitos com a família, o aumento do consumo de substâncias, o aumento de problemas de comportamentos e o risco elevado de suicídio (Arnarson & Craighead, 2009; Rao & Cohen, 2009).

De acordo com Essau et al. (2010) a probabilidade de ocorrerem novos episódios depressivos é tanto maior quanto mais cedo se manifestar a depressão, pelo que se torna urgente perceber os fatores de risco que predisõem o seu desenvolvimento na adolescência.

1.2 Ansiedade Social e Depressão

A perturbação de ansiedade social caracteriza-se pelo medo ou ansiedade acentuados em situações sociais em que o indivíduo possa ser alvo de escrutínio pelos outros (APA, 2013). Esta perturbação tem um grave impacto no funcionamento diário dos adolescentes, nomeadamente ao nível psicológico, social e escolar, tendendo a manter-se ao longo do desenvolvimento (APA, 2013; Rao et al., 2007).

Estudos epidemiológicos encontraram que a percentagem de adolescentes que têm ansiedade social em comorbilidade com perturbações depressivas varia entre 28 e 41% (Chavira et al., 2004; Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Ranta et al., 2009; Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

Acresce a isto o facto de que, no que respeita à relação temporal entre as duas perturbações, a ansiedade social usualmente preceder o desenvolvimento de depressão na adolescência (Aune & Stiles, 2009; Beesdo et al., 2007; Chavira et al., 2004; Dalrymple & Zimmerman, 2011; Stein et al., 2001), o que sugere que esta é preditora de depressão.

Alguns estudos (Drost, Van denr Does, Van Hemert, Pennix, & Spinhoven, 2014; Grant et al., 2014) têm explorado o papel da regulação emocional na comorbilidade entre ansiedade social e depressão, tendo encontrado que a regulação emocional medeia a relação entre estas perturbações.

De notar que a elevada comorbilidade entre depressão e ansiedade social está associada a um prejuízo severo no funcionamento, a uma elevada probabilidade de recaída e, em geral, a um pior prognóstico (Dalrymple, & Zimmerman, 2007, 2011; Ruscio et al., 2008; Stein et al., 2001).

1.3 Estilos parentais de socialização emocional

A filosofia meta-emocional é um conceito que diz respeito ao “conjunto organizado de sentimentos e de pensamentos que os pais têm sobre as suas emoções e as dos seus filhos” (Gottman, 1996, p. 243). De acordo com Gottman, a filosofia meta-emocional dos pais determina a expressão e a regulação das suas emoções, constituindo também a base para as atitudes (e.g. de validação, discussão, crítica ou rejeição) que os pais vão ter perante a experiência emocional dos filhos.

Gottman & Declaire (1997) propõem quatro estilos parentais de socialização emocional. Dois deles, o treinador de emoções e o *laissez-faire*, caracterizam-se pela aceitação e validação da experiência emocional negativa. Não obstante, enquanto os pais treinadores de emoções empatizam, validam, ensinam a identificar, a regular e a expressar as emoções de forma adequada, os pais *laissez-faire* não estabelecem limites à expressão emocional e não ensinam competências de regulação emocional. Por outro lado, os estilos de socialização emocional desvalorizador e desaprovador não aceitam as emoções negativas dos filhos. Respetivamente, os pais trivializam e ignoram a experiência emocional negativa, ou rejeitam, criticam e repreendem os filhos quando estes a manifestam.

Modelos de socialização emocional (Gottman & Declaire, 1997; Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007), baseados nas filosofias meta-emocionais e o ajustamento dos filhos, propõem que as competências de regulação emocional dos filhos medeiam a relação entre as práticas parentais. Deste modo, o modelo teórico da filosofia meta-emocional sugere que estas têm influência em três aspetos fundamentais das competências emocionais dos filhos: consciência das emoções, expressão das mesmas e regulação emocional. Estas competências emocionais parecem estar associadas com as relações com os pares e o ajustamento psicossocial dos filhos (Katz, et al., 2012). Vários estudos (Gottman et al., 1996; Fivush, 2007; Lunkenheimer, Shields, & Cortina, 2007; Ramsden & Hubbard, 2002) mostraram que os filhos de pais que aceitam e guiam a experiência de emoções negativas apresentaram mais competências de regulação emocional e um maior conhecimento emocional. De igual modo, filhos cujos pais são treinadores de emoções apresentaram mais competências sociais e relações próximas com os pares, em comparação com os pais que são mais punitivos e desvalorizadores (Fabes, Leonard, Kupanoff, & Martin, 2001; Gottman et al., 1996; Katz & Windecker-Nelson, 2004; Katz, Hunter, & Klowden, 2008).

1.4 Estilos parentais de socialização emocional, ansiedade social e depressão

Alguns estudos começam a mostrar que as filosofias meta-emocionais dos pais também se relacionam com a experiência emocional dos filhos adolescentes. Numa amostra de adolescentes com sintomatologia depressiva, os filhos de mães que aceitam as suas próprias emoções apresentaram menor sintomatologia depressiva (Katz & Hunter, 2007). Numa amostra de adolescentes com depressão, Hunter et al. (2010) também mostraram que filhos de mães mais treinadoras e conscientes de emoções apresentam filosofias meta-emocionais mais adaptativas e proactivas no que respeita à experiência emocional negativa. No que diz respeito a competências sociais, estudos (Buckholdt et al., 2014a; Buckholdt et al., 2014b) descobriram que um estilo parental treinador de emoções adotado por mães se encontra associado a maior sociabilidade e respeito entre pares,

assim como a uma visão otimista das amizades e a menor solidão nos filhos adolescentes. Buckholdt et al. (2014b) também encontraram que um estilo parental treinador de emoções tem um efeito protetor sobre a percepção que os filhos têm das suas competências sociais quando se verificam relações pobres com os pares. Estudos mostraram em amostras de adolescentes que a invalidação ou repreensão da expressão emocional negativa se relacionam com um aumento da sintomatologia internalizante (nomeadamente, depressão) através de estratégias de regulação emocional (Buckholdt et al., 2014b; Stocker et al., 2007; Yap et al., 2010).

Uma vez que as filosofias meta-emocionais se relacionam com a emocionalidade negativa e regulação emocional, assim como influenciam o desenvolvimento de competências sociais, é importante estudar o seu papel na relação bem conhecida que se estabelece entre ansiedade social e depressão. Deste modo, a presente investigação tem como objetivos: i) estudar as associações existentes entre a ansiedade social e a sintomatologia depressiva nos adolescentes; ii) analisar a relação entre os estilos parentais e a sintomatologia ansiosa nos filhos; iii) testar o efeito moderador dos estilos parentais na relação entre a ansiedade social e a sintomatologia depressiva.

2. MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo de tipo correlacional e transversal.

2.1 Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 121 alunos e respetivos pais que participaram de forma voluntária e anónima. Na amostra de filhos 94 (77.9%) eram do género feminino e 27 (22.1%) do género masculino, variando as suas idades entre os 12 e os 18 anos ($M= 14.08$; $DP= 0.96$). No que concerne aos pais 107 eram do género feminino (88.4%) e 14 do género masculino (11.6%), encontrando-se as suas idades entres os 34 e os 67 anos ($M= 43.54$; $DP= 5.78$). Relativamente à distribuição dos estilos parentais, de acordo com a PSST, verificou-se que 95% dos pais eram exploradores, 3% eram aceitadores e 2% eram reprovadores.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Children's Depression Inventory

O CDI (Kovacs, 1985; versão Portuguesa: Marújo, 1994) é um instrumento de autorresposta, composto por 27 itens, que avalia a sintomatologia depressiva em crianças/adolescentes (Dias & Gonçalves, 1999). A escala de resposta é do tipo Likert entre 0 ("ausência de sintoma") e 2 ("sintoma definitivo").

O instrumento demonstrou bons valores de consistência interna (alfa de Cronbach entre .83 e .94) para o total da escala (Kovacs, 1985). A escala na população portuguesa apresentou um *Alpha* de .80 (Dias & Gonçalves, 1999; Marújo, 1994) e no presente estudo de .83.

Multidimensional Anxiety Scale for Children

A MASC (March et al., 1997; versão portuguesa: Salvador et al., 2015) avalia sintomas ansiosos em crianças/adolescentes. O instrumento é composto por 39 itens que se dividem em 4 fatores. O fator a ansiedade social tem como subfatores a humilhação/rejeição e o desempenho público. O sistema de pontuação é do tipo Likert indo de 0 ("nunca verdadeiro") a 3 ("frequentemente verdadeiro").

O coeficiente de Alpha obtido na escala original para o total da escala e subfatores variou entre .84 e .90 (March et al., 1997). Na versão portuguesa (Salvador et al., 2015) o coeficiente de Alpha obtido para o total da escala foi .89, para o fator ansiedade social o coeficiente de Alpha foi de .85, e .86 e .69 para os subfactores humilhação/rejeição e desempenho público, respetivamente. No presente estudo apenas foi utilizado o fator ansiedade social e os subfatores humilhação/rejeição e desempenho público que obtiveram, respetivamente, um coeficiente de Alpha de .85, .87 e .70.

Parenting Styles Self-Test

A PSST (Parenting Styles Self-Test, Gottman & Declaire, 1997; Versão Portuguesa: Matos, Costa, Pinheiro, Silva, & Marques, 2016) é um instrumento de autorresposta que pretende avaliar os estilos parentais de socialização emocional da tristeza e da

raiva (Gottman, 1997). O instrumento é composto por 48 itens divididos em 3 fatores: estilo parental reprovador, explorador, e aceitador. O formato de resposta é dicotómico (Verdadeiro/Falso).

A versão portuguesa da PSST revelou bons valores de alfa (reprovador = .87; explorador = .85). Apenas o estilo parental aceitador não apresentou uma consistência interna tão elevada ($\alpha = .71$). No presente estudo o coeficiente de Alpha obtido para o estilo parental reprovador, explorador e aceitador foi, respetivamente, .82, .72 e .67.

2.4 Procedimento

A Comissão Nacional de Proteção de Dados e o Comité de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra aprovaram este estudo.

Aos participantes foi assegurada a confidencialidade e pedido para assinarem um consentimento informado. O protocolo de avaliação dos pais era enviado para casa para ser preenchido, enquanto os alunos preenchiam os instrumentos na escola.

As associações entre as variáveis foram exploradas por intermédio do teste de Pearson, recorrendo-se aos critérios de Pestana e Gageiro (2005) para interpretar os coeficientes de correlação. Assim, um coeficiente de correlação inferior a .20 indica uma associação muito baixa entre as variáveis; um valor entre .21 e .39 uma associação baixa; entre .40 e .69 uma moderada; entre .70 e .89 elevada; e superior a .90 muito elevada.

Para averiguar o efeito preditor da ansiedade social e dos estilos parentais na sintomatologia depressiva efetuou-se uma regressão linear múltipla.

O efeito moderador dos estilos parentais na relação entre ansiedade social e sintomatologia depressiva foi testado através de modelos de regressão múltipla hierárquica, onde se estabeleceu como variável critério a sintomatologia depressiva (CDI). Procedeu-se à standardização das variáveis independentes e moderadoras, que permite uma redução de eventuais questões de multicolinearidade (Marôco, 2010). Criou-se o termo de interação multiplicando-se a variável preditora (MASQ) e a variável moderadora (PSST). Nas regressões, fez-se entrar em primeiro lugar a variável preditora, seguindo-se a variável moderadora e, por fim, a interação entre ambas, como sugerido por Baron e Kenny (1986).

Todo o tratamento estatístico foi realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences – versão 22*) para Windows.

3. RESULTADOS

3.1 Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis em estudo foi analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, que mostrou uma distribuição normal para a sintomatologia depressiva (K-S, $p > .05$) e uma distribuição não normal para as restantes variáveis (K-S, $p < .05$). Porém, quando analisado o enviesamento em relação à média obtiveram-se valores aceitáveis de assimetria $< |3|$ e de kurtose $< |10|$ (Kline, 2011). A adequação dos dados para realização da regressão múltipla hierárquica foi confirmada.

3.2 Estudo das associações entre ansiedade social, estilos parentais e sintomatologia depressiva

Os coeficientes de correlação de *Pearson* revelaram que a ansiedade social ($r = .40, p < .01$), a ansiedade de humilhação/rejeição ($r = .34, p < .01$) e a ansiedade de desempenho público ($r = .37, p < .01$) se correlacionaram positiva e significativamente com a sintomatologia depressiva (cf. Tabela 1). Deste modo, valores elevados de ansiedade social associam-se com níveis mais altos de sintomatologia depressiva. A associação entre ansiedade social e sintomatologia depressiva foi de magnitude moderada, enquanto a associação entre a ansiedade de humilhação/rejeição e de desempenho público se verificou ser baixa.

No que respeita aos estilos parentais, verificou-se que qualquer um deles obteve associações não significativas, quer com a ansiedade social, e respetivas dimensões, quer com a sintomatologia depressiva.

Tabela 1. Correlações de Pearson (*r*) entre sintomatologia depressiva, ansiedade social e estilos parentais (N= 121)

Variável	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Sintomatologia Depressiva (CDI)	1					
2. Ansiedade Social (MASQ)	.40**	1				
3. Humilhação/Rejeição (MASQ)	.34**	.92**	1			
4. Ansiedade Desempenho Público (MASQ)	.37**	.82**	.52**	1		
5. Estilo Reprovador (PSST)	.12	.07	.03	.11	1	
6. Estilo Explorador (PSST)	-.03	-.04	-.05	-.02	.07	1
7. Aceitador de Emoções (PSST)	.10	.02	.03	-.01	.14	.17

Nota. ** $p \leq .01$; CDI= *Children's Depression Inventory*; MASQ= *Multidimensional Anxiety Scale for Children*; MASQ= *Multidimensional Anxiety Scale for Children*; PSST= *Parenting Scale Self Test*

Foram também analisadas as associações entre as variáveis em estudo apenas para o grupo das mães, devido à grande disparidade no número de mães e de pais que constituem a amostra. Foi possível verificar que todas as correlações da ansiedade social, e respetivas dimensões, com a sintomatologia depressiva se revelaram muito semelhantes às obtidas na amostra que incluía mães e pais.

3.3 Estudo dos efeitos preditores da ansiedade social e estilos parentais na sintomatologia depressiva

Os resultados das análises de regressão múltipla demonstraram que a ansiedade de humilhação/rejeição e a ansiedade de desempenho público produziram um modelo significativo ($R^2 = .166$; $F(2, 119) = 11.871$, $p = .000$), que explica 16.6% da variância na sintomatologia depressiva. A ansiedade de desempenho público apareceu como o melhor preditor de sintomatologia depressiva ($\beta = .264$, $p = .008$), seguindo-se a ansiedade de humilhação/rejeição ($\beta = .203$, $p = .041$). Salienta-se que os efeitos encontrados foram positivos, pelo que a ansiedade social mais elevada se associou a maiores níveis de sintomatologia depressiva.

No que respeita à análise dos estilos parentais, estes não produziram um modelo significativo na predição de sintomatologia depressiva ($R^2 = .024$; $F(3, 118) = .961$, $p = .414$), explicando apenas 2.4% da variância na sintomatologia depressiva. Verificou-se, portanto, que os estilos parentais reprovador ($\beta = .112$, $p = .226$), explorador ($\beta = -.051$, $p = .581$) e aceitador ($\beta = .090$, $p = .336$) não surgiram como preditores de depressão.

O estudo dos efeitos preditores das dimensões da ansiedade social e dos estilos parentais foram também analisados apenas para o grupo das mães. Verificou-se que os modelos de predição produzidos com a ansiedade de humilhação/rejeição e a ansiedade de desempenho público permaneceram significativos e que os modelos produzidos com os estilos parentais continuaram a não predizer sintomatologia depressiva.

3.4 Análise dos efeitos de moderação

Através de regressões lineares múltiplas verificou-se que, no que respeita aos três estilos parentais, o único moderador significativo na relação entre ansiedade social e sintomatologia depressiva foi a interação entre o estilo parental explorador e a ansiedade de desempenho público.

3.5 Efeito moderador do estilo parental explorador na relação entre ansiedade social e depressão

Verificou-se um efeito moderador entre a ansiedade de desempenho público e o estilo parental explorador ($\beta = .182$, $p = .044$). Porém, quando se analisaram as variáveis isoladamente verificou-se que o desempenho público se revelou preditor de sintomatologia depressiva ($\beta = .369$, $p = .000$), mas que o estilo parental explorador não apresentou esse efeito sobre a sintomatologia depressiva ($\beta = -.021$, $p = .801$) (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Coeficientes de regressão dos três passos da regressão múltipla hierárquica entre o suporte/profundidade, o desempenho escolar e o termo de interação (N= 121)

Modelo	Preditores	β	t	p
1	Desempenho público	.369	4.353	.000
2	Desempenho público	.369	4.330	.000
	Estilo Explorador	-.021	-.252	.801
3	Desempenho público	.308	3.457	.001
	Estilo Explorador	-.009	-.103	.918
	Desempenho público* Estilo Explorador	.182	2.040	.044

A ansiedade de desempenho público e o estilo parental explorador originaram modelos estatisticamente significativos (cf. Tabela 3). Quando foi inserido o termo de interação, no terceiro passo, o modelo produzido foi igualmente significativo e verificou-se um acréscimo da variabilidade explicada em relação à sintomatologia depressiva, que aumentou para 16.6%.

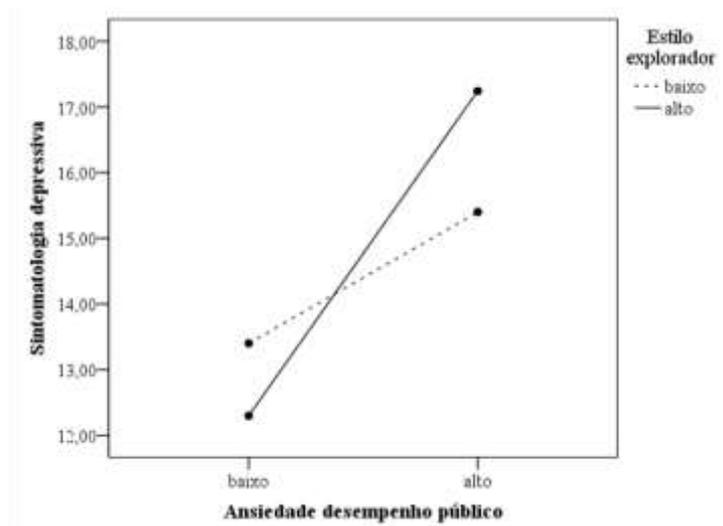
Tabela 3. Modelo dos três passos da regressão múltipla hierárquica para o suporte/profundidade, o desempenho escolar e o termo de interação (N= 121)

Modelo	R	R ²	F	p
1	.369	.136	18.946	.000
2	.370	.137	9.431	.000
3	.408	.166	7.842	.000

De seguida representa-se graficamente o efeito moderador obtido. Foram criados dois níveis (abaixo e acima da média) tanto para a variável ansiedade de desempenho público, como para a variável explorador (Gráfico 1).

É possível observar-se que níveis mais elevados de ansiedade de desempenho público se relacionaram com maior sintomatologia depressiva na presença de um estilo parental explorador mais alto, em comparação com um estilo parental explorador mais baixo também na presença de um elevado nível de ansiedade de desempenho público (Gráfico 1).

Gráfico 1: Efeito moderador do estilo parental explorador na relação entre desempenho público e sintomatologia depressiva



Repetiu-se a análise deste efeito moderador só para o grupo das mães, mas o termo de interação não se revelou significativo.

4. DISCUSSÃO

A relação entre ansiedade social e depressão tem sido repetidamente demonstrada na literatura (Beidel et al., 2007; Chavira et al., 2004; Essau et al., 1999; Ranta et al., 2009; Wittchen et al., 1999). Por outro lado, vários estudos (Fabes et al., 2001; Gottman et al., 1996; Katz & Windecker-Nelson, 2004; Katz, et al., 2008) têm demonstrado que os estilos parentais de socialização emocional influenciam o desenvolvimento de competências sociais e relacionam-se com menor emocionalidade negativa nos filhos.

À semelhança da literatura revista, no presente estudo a ansiedade social e respetivas dimensões associaram-se significativamente com sintomatologia depressiva sugerindo que níveis mais elevados de ansiedade social e de ansiedade de desempenho público e de humilhação/rejeição se associam com níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Os resultados obtidos com as análises de regressão corroboraram que ambas as dimensões de ansiedade social se apresentam como preditores significativos de sintomatologia depressiva, o que vai de encontro a outros estudos (Aune & Stiles, 2009; Beesdo et al., 2007; Chavira et al., 2004; Dalrymple & Zimmerman, 2011; Stein et al., 2001). A sintomatologia ansiosa parece vulnerabilizar os adolescentes para o desenvolvimento posterior de depressão e para que esta se apresente com níveis mais elevados, talvez devido à interferência que causa no seu funcionamento, nomeadamente no contexto escolar e de pares, e devido às estratégias desadaptativas de regulação emocional utilizadas (Drost et al., 2014; Grant et al., 2014; Rao et al., 2007).

Nas análises de regressão efetuadas não se encontrou que qualquer um dos estilos parentais fosse preditor de sintomatologia depressiva, quer para a amostra total, quer considerando apenas a amostra de mães. Este resultado não era esperado, tendo em consideração investigações prévias (Buckholdt et al., 2014b; Hunter et al., 2010; Katz & Hunter, 2007; Stocker et al., 2007; Yap et al., 2010) que mostraram que a invalidação ou repreensão da expressão emocional negativa se relacionam com um aumento da sintomatologia internalizante (nomeadamente, depressão) e as possíveis consequências negativas deste tipo de estilo parental (e.g., os filhos aprendem que as suas emoções são inapropriadas e inválidas, acreditando que alguma coisa não está bem consigo devido à forma como se sentem).

A única moderação que se revelou significativa na amostra total diz respeito ao efeito do estilo parental explorador na relação entre ansiedade de desempenho público e sintomatologia depressiva do adolescente. Assim, a relação entre ansiedade de desempenho público e sintomatologia depressiva é diferente consoante os pais sejam mais ou menos exploradores de emoções. Verificou-se que quando os adolescentes apresentam níveis elevados de ansiedade de desempenho público ter pais mais exploradores de emoções prediz maior sintomatologia depressiva. Pais exploradores de emoções parecem não assumir um cariz protetor sobre a sintomatologia depressiva quando a ansiedade social (desempenho público) é elevada. Este resultado não era esperado à partida, uma vez que o estilo parental explorador é conceptualizado como sendo adaptativo. Não obstante, estes pais não parecem adotar comportamentos que ensinem estratégias de regulação emocional de modo a facilitar a vivência de emocionalidade negativa, limitando-se apenas a explorar o que causou essa experiência. Como se sabe que as competências de regulação emocional medeiam a relação entre estas perturbações, ter pais que se limitam a explorar as emoções dos filhos parece afetar a expressão de sintomatologia depressiva talvez porque os filhos falam acerca das suas dificuldades e do que sentem, mas os pais não lhes mostram como lidar com as suas emoções. Tendo os filhos um grau elevado de ansiedade de desempenho talvez não consigam regular o que estão a sentir, despoletando emocionalidade negativa em geral, e sintomatologia depressiva em particular.

No entanto, é de salientar que quando repetimos o estudo de moderação apenas para o grupo de mães, excluindo da amostra os progenitores pais, este efeito de interação entre ansiedade de desempenho público e estilo parental explorador não se revelou significativo. Pode colocar-se como hipótese de que a moderação do estilo parental explorador na relação entre ansiedade de desempenho público e sintomatologia depressiva nos adolescentes poderá estar a ser influenciada pelo género dos progenitores, provavelmente com maior influência dos progenitores masculinos.

Salienta-se que os resultados no presente estudo podem estar a ser influenciados pelo facto de a amostra ser maioritariamente composta por pais treinadores de emoções não estando claro o efeito que os outros estilos parentais, nomeadamente o reprovador, poderão ter na relação entre ansiedade social e depressão. Além disto o facto de se estar perante uma amostra comunitária, cuja média de sintomatologia depressiva se encontra abaixo do limiar para diagnóstico de depressão, também poderá ter contribuído para o reduzido efeito dos estilos parentais na sintomatologia depressiva. Estudos com amostras clínicas têm demonstrado a importância dos estilos parentais para a vulnerabilização dos adolescentes para a sintomatologia depressiva (Hunter et al., 2010; Katz & Hunter, 2007).

Este estudo veio, no sentido de investigações prévias, demonstrar a relação entre ansiedade social e depressão, e produziu também informação acerca da interferência que os estilos parentais têm, ou não, nessa relação. Desta forma, esta investigação contribui para a clarificação do papel dos estilos parentais no funcionamento psicológico dos filhos e permite apontar direções

de investigação futuras, tendo em conta não só as diferentes variáveis que podem influenciar o desenvolvimento de depressão na adolescência, como também o estudo destas variáveis nas interações que se estabelecem diferencialmente com o pai e com a mãe. De acordo com os resultados deste estudo, o efeito preditor da ansiedade social e o efeito de interação entre ansiedade de desempenho público e o estilo parental explorador obtido deverá ser considerado na elaboração de programas de prevenção e de tratamento da sintomatologia depressiva em adolescentes.

CONCLUSÕES

Nesta investigação foi analisada a relação entre ansiedade social e sintomatologia depressiva, a relação entre os estilos parentais e as sintomatologias ansiosa e depressiva nos filhos adolescentes, bem como o efeito moderador dos estilos parentais na relação entre ansiedade social e depressão.

Verificou-se que a ansiedade social se associou significativamente com depressão e que esta apresentou um efeito preditor sobre a mesma, pelo que a ansiedade social parece anteceder o início da sintomatologia depressiva e contribuir para o seu pior prognóstico. Os estilos parentais não revelaram associações significativas quer com sintomatologia depressiva, quer com ansiedade social, mas encontrou-se um efeito moderador do estilo parental explorador na relação entre ansiedade de desempenho público e sintomatologia depressiva. O estilo parental explorador parece não ser protetor de sintomatologia depressiva quando a ansiedade de desempenho público é elevada. Pelo contrário pode até ser prejudicial, agravando a expressão de sintomatologia depressiva.

No presente estudo, a amostra é constituída sobretudo por indivíduos do género feminino, tanto no que se refere aos filhos, como no que se refere aos pais. De facto, o número tão reduzido de progenitores homens inviabilizou o presente estudo desse grupo da amostra. É importante que estudos futuros analisem a relação entre as variáveis estudadas nesta investigação para o grupo de progenitores pais e que se comparem os resultados obtidos com os de progenitores mães. A deseabilidade social, que não foi uma variável controlada, poderá ter influenciado as respostas obtidas nos instrumentos de autorresposta. Tendo em consideração estes dois aspetos, seria relevante desenvolver estudos com amostras mais equilibradas em termos de género, nos quais se controle a variável de deseabilidade social. Do mesmo modo, poder-se-ia recorrer a uma amostra clínica com o objetivo de perceber se numa amostra de filhos com psicopatologia a influência dos estilos parentais é mais expressiva. Assim seria também possível perceber se o estilo parental explorador permanece como predominante ou se outros estilos parentais poderiam ser mais relevantes, nomeadamente estilos parentais que criticam e suprimem a experiência emocional negativa dos filhos, pois têm sido frequentemente associados ao desenvolvimento de sintomatologia internalizante (Buckholdt et al., 2014b; Hunter et al., 2010; Katz & Hunter, 2007; Stocker et al., 2007; Yap et al., 2010). Sendo este um estudo transversal seria igualmente importante desenvolver estudos longitudinais numa amostra portuguesa, de forma a poder tirar-se uma conclusão relativamente à direcionalidade da relação entre ansiedade social e depressão.

A partir da revisão de literatura percebeu-se que os estilos parentais para lidar com as emoções contribuem para o desenvolvimento de competências de regulação emocional dos filhos e que estas, por sua vez, têm impacto sobre o seu ajustamento e funcionamento psicossocial.

Coloca-se portanto, como hipótese adicional, que a influência dos estilos parentais se expresse na sintomatologia da ansiedade social e da depressão através das estratégias de regulação emocional aprendidas na relação com os pais, pelo que este efeito mediador deveria ser investigado em estudos futuros.

CONFLITO DE INTERESSES

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

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todos os participantes que permitiram a concretização deste estudo e à Fundação Realan (USA) que contribuiu para o seu financiamento. Inicialmente esta investigação era foi fundada pela FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no contexto do projeto “Prevenção da depressão em adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais” (PTDC/MHC-PCL/4824/2012).

REFERÊNCIAS

Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). Depression in children and adolescents: Causes, treatment, and prevention. In J. R. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, (pp. 3–5). New York, NY: Guilford Press.

- American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnarson, E. Ö., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 577-585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011
- Aune, T., & Stiles, T. C. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: sex and age differences. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(4), 501-512. doi:10.1080/15374410902976304
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903-912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B. J., Ammerman, R. T., Sallee, F. R., & Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(1), 46-53. doi:10.1007/s10862-006-9021-1
- Belzer, K., & Schneier, F. R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(5), 296-306. doi:10.1097/00131746-200409000-00003
- Buckholdt, K. E., Kitzmann, K. M., & Cohen, R. (2014a). Parent emotion coaching buffers the psychological effects of poor peer relations in the classroom. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(1), 23-41. doi:10.1177/0265407514562560
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2014b). Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 324-332. doi:10.1007/s10826-013-9768-4
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80(2-3), 163-171. doi:10.1016/s0165-0327(03)00103-4
- Cummings, C., & Fristad, M. (2008). Mood disorders in childhood. In R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice*, (pp. 145-160). New York, NY: Springer.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2007). Does comorbid social anxiety disorder impact the clinical presentation of principal major depressive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 241-247. doi:10.1016/j.jad.2006.10.014
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Age of onset of social anxiety disorder in depressed outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 131-137. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.012
- Gonçalves, M. & Dias, P. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Orgs.). *Avaliação psicológica: formas e contextos* (pp. 553-564). Braga: APPORT.
- Drost, J., Van der Does, W., Van Hemert, A. M., Penninx, B. W., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 177-183. doi:10.1016/j.brat.2014.06.004
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 831-843. doi:10.1016/s0005-7967(98)00179-x
- Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 185-190. doi:10.1016/j.jad.2010.05.016
- Fabes, R. A., Leonard, S. A., Kupanoff, K., & Martin, C. L. (2001). Parental coping with children's negative emotions: relations with children's emotional and social responding. *Child Development*, 72(3), 907-920. doi:10.1111/1467-8624.00323
- Fivush, R. (2007). Maternal reminiscing style and children's developing understanding of self and emotion. *Clinical Social Work Journal*, 35(1), 37-46. doi:10.1007/s10615-006-0065-1
- Gottman, J. M., & Declaire, J. (1997). *The heart of parenting: How to raise an emotionally intelligent child*. New York, NY: Simon & Schuster.

- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243-268. doi:10.1037/0893-3200.10.3.243
- Grant, D. M., Judah, M. R., Mills, A. C., Lechner, W. V., Davidson, C. L., & Wingate, L. R. (2014). Rumination and excessive reassurance seeking: mediators of the relationship between social anxiety and depression? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(3), 465-474. doi:10.1007/s10862-013-9399-5
- Hunter, E. C., Katz, L. F., Shortt, J. W., Davis, B., Leve, C., Allen, N. B., & Sheeber, L. B. (2010). How do I feel about feelings? Emotion socialization in families of depressed and healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(4), 428-441. doi:10.1007/s10964-010-9545-2
- Katz, L. F., Hunter, E., & Klowden, A. (2008). Intimate partner violence and children's reaction to peer provocation: The moderating role of emotion coaching. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 614-621. doi:10.1037/a0012793
- Katz, L. F., & Hunter, E. C. (2007). Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Social Development*, 16(2), 343-360. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00388.x
- Katz, L. F., Maliken, A. C., & Stettler, N. M. (2012). Parental meta-emotion philosophy: a review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives*, 6(4), 417-422. doi:10.1111/j.1750-8606.2012.00244.x
- Katz, L. F., & Windecker-Nelson, B. (2004). Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: links with peer relations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 385-398. doi:10.1023/b:jacp.0000030292.36168.30
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Kovacs, M. (1985). The children's depression inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, (21), 995-998.
- Lunkenheimer, E. S., Shields, A. M., & Cortina, K. S. (2007). Parental emotion coaching and dismissing in family interaction. *Social Development*, 16(2), 232-248. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00382.x
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The multidimensional anxiety scale for children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565. doi:10.1097/00004583-199704000-00019
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Sintra, Portugal: Report Number.
- Marújo, H. (1994). *Síndromas depressivos na infância e na adolescência* (Unpublished doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Matos, A.P., Costa, J.J., Pinheiro, M.R, Silva, E., & Marques, C. (2016). Parenting Scale Self-Test: estudo da estrutura fatorial. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. (in press).
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ramsden, S. R., & Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 657-667.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and Anxiety*, 26(6), 528-536. doi:10.1002/da.20422
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1181-1191. doi:10.1016/j.brat.2006.07.015
- Rao, U., & Cohen, L. (2009). Characteristics, correlates and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience: Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 45-62. doi:10.1007/978-0-387-47672-8_7
- Ruscio, A., Brown, T., Chiu, W., Sareen, J., Stein, M., & Kessler, R. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the national comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15-28. doi:10.1017/s0033291707001699
- Salvador, M. C., Matos, A. P. Oliveira, S. A., March, J. S., Arnarson, E. O., & Craighead, E. W. (2015). *The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Portuguese Adolescents*. Manuscript submitted for publication.

- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the children's depression inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(1), 25-39. doi:10.1007/bf00917219
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. *Arch Gen Psychiatry*, 58(3), 251. doi:10.1001/archpsyc.58.3.251
- Stocker, C. M., Richmond, M. K., Rhoades, G. K., & Kiang, L. (2007). Family emotional processes and adolescents' adjustment. *Social Development*, 16(2), 310-325. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00386.x
- Wittchen, H., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 29(2), 309-323. doi:10.1017/s0033291798008174
- Yap, M. B., Schwartz, O. S., Byrne, M. L., Simmons, J. G., & Allen, N. B. (2010). Maternal positive and negative interaction behaviors and early adolescents' depressive symptoms: adolescent emotion regulation as a mediator. *Journal of Research on Adolescence*, 20(4), 1014-1043. doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00665.x
- Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., & Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-1659. doi:10.4088/jcp.v65n1210

Millenium, 2(2), 27-34.

QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SUBMETIDOS A UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

QUALITY OF LIFE IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY UNDERGOING AN ACTIVE AGING PROGRAM

CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS SOMETIDOS A UN PROGRAMA DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Carlos Magalhães¹

Eugénia Anes¹

Flávia Rebelo²

¹ *Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Departamento de Enfermagem, Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII), Bragança, Portugal*

² *Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, Portugal*

Carlos Magalhães - cmagalhaes@ipb.pt | Eugénia Anes - eugenia@ipb.pt | Flávia Rebelo - flavia_rebelo@hotmail.com

Autor Correspondente

Carlos Magalhães

Escola Superior de Saúde de Bragança,

Avenida D. Afonso V

5300-121 Bragança

Portugal

cmagalhaes@ipb.pt

RECEBIDO: 17 de outubro de 2016

ACEITE: 12 de janeiro de 2017

RESUMO

Introdução: Viver com qualidade é uma preocupação crescente no âmbito da população idosa. Assistimos a uma crescente institucionalização dos idosos e é neste contexto que os programas de envelhecimento ativo assumem relevância, possibilitando o contacto com experiências que lhes permitem envelhecer com qualidade de vida, mantendo a sua autonomia e fomentando o seu bem estar físico, psíquico e emocional.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QdV) dos idosos institucionalizados submetidos a um programa de envelhecimento ativo.

Métodos: Desenvolvemos um estudo do tipo quantitativo, quase-experimental, utilizando-se os seguintes instrumentos para a avaliação da QdV: EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD, aos quais foram associadas questões sociodemográficas e clínicas. Foram efetuadas avaliações em dois momentos, pré e pós intervenção, numa amostra de 37 idosos institucionalizados.

Resultados: Relativamente à avaliação da QdV relacionada com a saúde (EUROHIS-QOL-8) encontramos pontuações superiores no segundo momento de avaliação com diferenças significativas ($p=0.004$). No que respeita à QdV relacionada com o idoso (WHOQOL-OLD) também se verificaram melhores pontuações no segundo momento de avaliação, com significância ($p=0.001$).

Conclusões: Os resultados evidenciam uma melhoria da percepção da QdV nos idosos submetidos a um programa de envelhecimento ativo, relevando a importância deste.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Envelhecimento; Institucionalização;

ABSTRACT

Introduction: Living with quality is a growing concern of the old population. There is an increasing institutionalization of the elderly, and it is in this context that active aging programs assume relevance, allowing the elderly the contact with experiences that allow them to age with quality of life, by maintaining their autonomy and promoting their physical, mental and emotional well-being.

Objective: To evaluate the quality of life (QOL) of institutionalized elderly undergoing to an active aging program.

Methods: We have developed a quantitative type study, semi-experimental, in which the following instruments were used to measure the quality of life: EUROHIS-QOL-8 and WHOQOL-OLD, to which sociodemographic and clinical questions were added. Assessments were made in two different moments, before and after the intervention program, in a sample of 37 institutionalized elderly.

Results: Concerning the assessment of quality of life related to health (EUROHIS-QOL-8), significant higher scores were obtained in the second moment ($p=0.004$). Regarding the quality of life (WHOQOL-OLD) related to the elderly significant better scores were also obtained in the second assessment ($p=0.001$).

Conclusions: The results show an improvement in the perception of quality of life in elderly patients undergoing to an active aging program, emphasizing the importance of it.

Keywords: Quality of life; Aging; Institutionalization;

RESUMEN

Introducción: Vivir con calidad es una preocupación creciente en la población anciana. Estamos asistiendo a una creciente institucionalización de los ancianos y es en este contexto que los programas de envejecimiento activo se volvieron más importantes, lo que permite el contacto con experiencias que les permitan envejecer con calidad de vida, manteniendo su autonomía y la promoción de su bienestar físico, mental y emocional.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes ancianos institucionalizados sometidos a un programa de envejecimiento activo.

Métodos: Hemos desarrollado un estudio cuasi-experimental, utilizando las metodologías cuantitativas, utilizando los siguientes instrumentos para la evaluación de la calidad de vida: EUROHIS-QOL-8 y WHOQOL-OLD, que se asocia cuestiones sociodemográficas y clínicas. Las evaluaciones se realizaron en dos etapas, antes y después de la intervención en una muestra de 37 ancianos institucionalizados.

Resultados: Para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (EUROHIS-QOL-8) encontraron una puntuación más alta en la segunda evaluación con diferencias significativas ($p = 0.004$). En cuanto a la calidad de vida relacionada con la edad avanzada (WHOQOL-OLD) también encontró altas puntuaciones en la segunda evaluación, con significación estadística ($p = 0.001$).

Conclusión: Los resultados muestran una mejora en la percepción de la calidad de vida en pacientes ancianos sometidos a programa de envejecimiento activo, haciendo hincapié en la importancia de esto.

Palabras Clave: Calidad de Vida; Envejecimiento; Institucionalización;

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade, evidenciado pela alteração do perfil das pirâmides etárias, constatando-se um estreitamento da base da pirâmide (correspondente ao menor número de jovens) e um alargamento do seu topo (correspondente ao aumento da proporção de pessoas idosas). Entre 2001 e 2011, o índice de envelhecimento passou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens (INE, 2013). Na União Europeia (28 países) o índice de envelhecimento em 2013, era segundo o INE (2015) de 119 idosos por cada 100 jovens, sendo que a Alemanha apresentava o índice mais elevado (159) e Portugal surgia em quinto lugar, com um índice de 136. Em 2014 o índice de envelhecimento para Portugal subiu para 141 (INE, 2015).

O avançar da idade potencializa o risco para o aparecimento de patologias e de declínios sobre a funcionalidade física, psíquica e social, com repercussões sobre a qualidade de vida.

O termo de envelhecimento ativo (EA) surgiu no final da década de 90, substituindo o termo envelhecimento saudável. A OMS (WHO, 2005, p.13) define-o como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. O conceito de EA pode ser aplicado a indivíduos e grupos populacionais, permitindo que estes percebam o seu potencial ao longo da vida, tanto para o bem-estar físico, como social e mental, e participando ativamente em diversas questões (Jacob, 2007). As estruturas residências para as pessoas idosas devem proporcionar atividades neste âmbito, incentivando a participação social, potencializando a autoestima e o bem-estar da pessoa idosa.

O presente estudo assume como principal finalidade a avaliação da percepção da qualidade de vida em idosos institucionalizados submetidos a um programa de Envelhecimento Ativo na Santa Casa da Misericórdia de Bragança.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define qualidade de vida como a “*percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHO, 1997, p. 1). Segundo Paschoal (2006), o conceito de qualidade de vida é um conceito subjetivo, amplo, complexo e ambíguo, traduzindo diversos significados, distinto de pessoa para pessoa, dependendo do lugar e ocasião. Na mesma linha de pensamento, Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, e Caprara (2009) referem-nos que a multidimensionalidade do conceito qualidade de vida constitui um dos seus aspetos mais relevantes, pois comportam diversas condições subjetivas do indivíduo, componentes comportamentais e de saúde, bem como circunstâncias externas e ambientais. Um modelo de qualidade de vida na velhice representado em quatro dimensões, relacionadas entre si, foi construído por Lawton (1983, citado por Paschoal, 2006). A primeira dimensão reporta-se às condições ambientais, sendo que estas devem proporcionar adequadas condições à vida humana, pois competências adaptativas, como a emocional, cognitiva e a comportamental, são influenciadas por contextos como o físico e ecológico. A segunda dimensão reporta-se à competência comportamental, isto é, ao desempenho da pessoa nas distintas situações de vida. Esta é dependente do potencial de cada um, das suas experiências de vida, dos valores adquiridos ao longo da vida, do seu desenvolvimento pessoal, sofrendo influências do contexto histórico-cultural. A terceira reporta-se à qualidade de vida percebida. A quarta, referente ao bem-estar subjetivo, traduz a satisfação com a sua própria vida, que poderá ser global ou específica em determinados parâmetros.

A construção dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida Whoqol (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF) ocorreu na década de 90, por um grupo de peritos internacionais de 15 centros de estudos da qualidade de vida da OMS, uma vez que não existia nenhum instrumento específico com base concetual que avaliasse esta temática de forma transcultural. Foi, então, necessária uma revisão dos procedimentos para que se clarificasse, de forma conclusiva, o conceito de qualidade de vida, sendo que a esta estão associados os aspetos de subjetividade e multidimensionalidade (Canavarró et al., 2010). Posteriormente surgiram versões mais diminutas, como o EUROHIS-QOL-8, que foi adaptado através dos instrumentos WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, com o intuito de facilitar a participação, o preenchimento por parte dos respondentes.

Consequentemente à elaboração do WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF, enquanto medidas genéricas de qualidade de vida do grupo Whoqol, foi desenvolvido o projeto WHOQOL-OLD, que teve início em 1999, com o objetivo de adaptar estas medidas à população idosa e desenvolver um modelo adicional complementar e específico aos instrumentos anteriormente referidos e ser utilizado em adultos idosos (Vilar et al., 2010). A versão final do WHOQOL-OLD resultou em 24 itens, agrupados em seis facetas (funcionamento sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade). A adaptação e respetiva validação para a população portuguesa, da escala WHOQOL-OLD, integrou uma nova faceta, denominada de Família/Vida familiar, avaliando a satisfação com o apoio e as relações familiares e a preocupação com a saúde e bem estar de familiares (Vilar et. al, 2013). Dos 8 itens iniciais introduzidos nesta faceta, foram considerados quatro, resultando num total de 28 itens para versão Portuguesa.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo que se enquadra nas metodologias quantitativas, de cariz quase-experimental.

2.1 Amostra

Dos 182 idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB), correspondente à nossa população, obteve-se em 2014 uma amostra de 39 idosos, recorrendo-se ao método de amostragem não causal por conveniência. Para a seleção desta teve-se em conta os seguintes critérios de inclusão: serem indivíduos com 65 anos ou mais, independentes ou ligeiramente dependentes; sem défice cognitivo; aceitarem participar no estudo. No decorrer do estudo, dois indivíduos foram excluídos, um por desistência, outro por ter sofrido uma queda, resultando numa amostra final de 37 indivíduos.

A amostra é maioritariamente do sexo feminino (73%). A idade dos indivíduos da amostra varia entre 71 e os 100 anos, sendo a idade média de 85.41 anos, com um desvio padrão 6.53 anos. Quanto ao estado civil, dois inquiridos são solteiros, 4 são casados e os restantes 31 são viúvos. Em termos de faixas etárias, há três inquiridos com idade compreendida entre 65 e 74, dezasseis com idade compreendida entre 75 e 84 anos, e os restantes 19 indivíduos têm 85 ou mais anos. No que concerne ao nível de escolaridade, 40.5% dos inquiridos não sabe ler nem escrever, 16.2% sabe ler e escrever, mas não completou o 1.º ciclo, e os restantes concluíram o 1.º ou 2.º ciclo. Estes resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo, estado civil, faixa etária e nível de escolaridade

		n	%
Sexo	Masculino	10	27.0
	Feminino	27	73.0
Estado Civil	Solteiro	2	5.4
	Casado	4	10.8
	Viúvo	31	83.8
Idade	65-74 anos	2	5.4
	75-84 anos	16	43.2
	85 ou mais anos	19	51.4
	Media	Desvio padrão	
	85,41	6.53	
Nível de Escolaridade	Não sabe ler/ escrever	15	40.5
	Sabe ler e escrever	6	16.2
	1.º ciclo ou 2.º ciclo	16	43.2

Tendo por base a caracterização clínica, toda a amostra refere sofrer de pelo menos uma patologia. Cerca de 78.4% da amostra refere possuir três ou mais patologias. A maior parte da amostra refere consumir mais de 5 fármacos por dia. A média do consumo foi de 5.11 fármacos, com um desvio padrão de 1.95.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Visando alcançar o objetivo proposto, utilizou-se como instrumento de recolha de dados, a escala EUROHIS-QOL-8 (Pereira et al., 2011), que avalia a qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida do indivíduo, e a escala WHOQOL-OLD, que avalia a qualidade de vida enquanto adulto idoso, versão experimental que foi adaptada e validada para Portugal por Vilar, tendo sido assinado um protocolo de colaboração com a equipa da Universidade de Coimbra, no sentido de se utilizar a mesma. O instrumento integrava ainda um questionário para avaliar a informação pessoal e médica/clínica. Visando o cumprimento dos critérios de inclusão, para avaliar o funcionamento cognitivo utilizou-se a escala Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein. Para avaliar o nível de dependência nas atividades de vida diária, recorreu-se ao índice de Barthel. O EUROHIS-QOL-8 é um instrumento que se encontra representado por oito questões, cujo formato de resposta se enquadra entre um a cinco pontos, o resultado é um índice global que varia entre 8 a 40 pontos, sendo que o valor mais elevado corresponde a uma melhor percepção da QdV (Pereira et al., 2011). A escala WHOQOL-OLD validada para a população portuguesa é constituída por 28 itens, estes estão agrupados em sete facetas, e dizem respeito ao Funcionamento Sensorial (FS); Autonomia (A); Atividades Passadas, Presentes e Futuras (APPF); Participação Social (PS); Morte e Morrer (MM); Intimidade (I); e por último Família/Vida Familiar (F). Os itens que compõem o WHOQOL-OLD estão organizados em escalas de resposta de tipo Likert. Neste instrumento de avaliação podem obter-se resultados por faceta ou um resultado global, sendo que o somatório total das facetas varia entre o mínimo de 28 e o máximo de 140 pontos. Os valores mais elevados correspondem a uma percepção mais elevada da qualidade de vida.

2.3 Procedimentos

Após a autorização da aplicação do instrumento por parte da instituição da SCMB, foi elaborado um consentimento informado e uma declaração de aceitação para os idosos participarem no estudo sobre a qualidade de vida, de livre vontade e conhecimento de todos os procedimentos e objetivos do mesmo.

Este estudo é caracterizado por dois momentos de avaliação (denominados de momento pré e pós-intervenção). No mês de Março foi realizada a primeira recolha de dados (pré-intervenção) numa amostra de 37 indivíduos, divididos por três grupos. Destes, um grupo constituído por 20 indivíduos encontrava-se já envolvido em atividades de envelhecimento ativo há mais de um ano, proporcionadas pela instituição. Os restantes 17 indivíduos que não se encontravam envolvidos em qualquer atividade de envelhecimento ativo, foram divididos em dois grupos, sendo que um deles (de nove elementos) foi intervencionado com um programa de envelhecimento ativo elaborado e executado por nós, durante 2 meses e os restantes (oito elementos) foram considerados como o grupo de controlo (não estando integrados em qualquer programa de envelhecimento ativo). As atividades desenvolvidas nesse programa abrangeram temáticas como: criatividade; treino de memória a curto e longo prazo, auditiva, visual e olfativa; atenção, concentração e observação; estimulação sensorial; percepção espacial; agilidade mental e perceptiva; motricidade fina; participação em grupo. O segundo momento de avaliação (momento pós-intervenção) ocorreu no mês de Junho e início de Julho, envolvendo a amostra de 37 indivíduos, aplicando-se os mesmos instrumentos de recolha de dados utilizados na primeira avaliação. O tempo despendido com cada idoso foi cerca de 45/60 minutos.

Após a recolha de dados, procedeu-se à construção da base de dados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 para Windows. Para uma análise descritiva das variáveis em estudo, recorreu-se às medidas estatísticas como: frequências absolutas (n) e relativas (%), média e desvio padrão. Para a inferência estatística recorreu-se aos testes paramétricos e não paramétricos. Visando testar a comparação de médias entre os dois momentos avaliados, utilizou-se o teste t-Student para duas amostras emparelhadas. Recorreu-se ao teste ANOVA aquando da comparação entre três grupos independentes, para cada momento avaliado. Estes testes têm como pressupostos de aplicabilidade, apresentarem uma distribuição normal das variáveis, testada com recurso ao teste de Shapiro-Wilko (teste usado para amostras iguais ou inferiores a 50 indivíduos). Ainda para aplicação do teste ANOVA, foi verificada a homogeneidade das variâncias entre os grupos, recorrendo-se ao teste de Levene. Na ausência de normalidade, recorreu-se aos testes não paramétricos. Nesse sentido, para avaliar a correlação entre o instrumento EUROHIS-QOL-8 e o WHOQOL-OLD, com base no total e respetivas facetas, para os dois momentos de avaliação, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, uma vez não cumprido o pressuposto da normalidade. Para analisar a consistência interna das escalas EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD e suas facetas utilizou-se o alfa de Cronbach.

3. RESULTADOS

A consistência interna da escala EUROHIS-QOL-8 foi avaliada recorrendo ao alfa de Cronbach, tendo-se registado no primeiro momento 0.82 e no segundo 0.80, valores que traduzem uma consistência boa. No primeiro momento registou-se uma média 27.41 e um desvio padrão de 4.74. No segundo momento o valor médio registado foi 29.11 e o desvio padrão 4.12. A comparação dos valores médios foi efetuada através do teste T para amostras emparelhadas, tendo-se obtido um valor de prova

0.004 e como tal a diferença registada é estatisticamente significativa (tabela 2). As pontuações deste índice geral da QdV traduzem que a perceção da qualidade de vida melhorou e de forma significativa entre os dois momentos de avaliação.

Tabela 2 – Avaliação da QdV - EUROHIS-QOL-8, nos dois momentos

	Momento 1	Momento 2
Consistência Interna	0.82	0.80
Média	27.41	29.11
Desvio Padrão	4.74	4.12
Teste T para amostras emparelhadas		t = - 3.10 vp = 0.004**

Os resultados obtidos na escala EUROHIS-QOL-8 (Pereira et al., 2011) por grupo, revelou para aquele que já se encontrava em programa de envelhecimento ativo há mais de um ano, uma melhoria estatisticamente significativa na qualidade de vida em geral, do primeiro para o segundo momento, pois o valor de prova obtido no teste T para amostras emparelhadas foi de 0.048. Tendo por base o WHOQOL-OLD no global da amostra, obtiveram-se alfas de Cronbach de 0.83 e de 0.77 na primeira e segunda avaliação, respetivamente, o que traduz boa e razoável consistência interna. No primeiro momento de avaliação, a média obtida foi de 100.51 e o desvio padrão 13.60. Na segunda avaliação registou-se uma média de 110.57 e o desvio Padrão 11.98. Assim, podemos afirmar que a perceção da qualidade de vida dos idosos deste estudo é boa, e melhorou de forma significativa entre as duas avaliações, pois o valor de prova obtido no teste t para amostras emparelhadas foi de 0.001 (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação da QdV - WHOQOL-OLD, em dois momentos

	Momento 1	Momento 2
Consistência Interna	0.83	0.77
Média	100.51	110.57
Desvio Padrão	13.60	11.98
Teste T para amostras emparelhadas		t = - 5.244 vp = 0.001**

Relativamente ao índice da qualidade de Vida - WHOQOL-OLD por grupo, todos os grupos revelaram um aumento deste índice, do primeiro para o segundo momento, sendo que o grupo que se encontrava em programa de envelhecimento ativo há mais de um ano foi aquele que apresentou pontuações mais elevadas, enquanto que o grupo de controlo foi o que apresentou pontuações mais baixas. Tais diferenças revelaram-se estatisticamente significativas, sendo que essa diferença foi mais significativa no grupo dos idosos que já se encontrava em envelhecimento ativo há mais tempo, com um valor de prova de 0.002.

Tendo por base os dois instrumentos (EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD), como se observa na tabela 4, relativamente ao momento 1, o resultado da escala EUROHIS-QOL-8 está correlacionada de forma positiva, moderada e significativamente com o total do WHOQOL-OLD, e algumas das suas facetas: Funcionamento Sensorial (correlação fraca), Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras e Participação Social. As correlações positivas entre as duas subescalas revelam que quanto mais elevada for a perceção da qualidade de vida em geral melhor será a perceção da qualidade de vida do idoso, assim como, nas facetas atrás mencionadas. As correlações significativas a 1% são moderadas pois o coeficiente está compreendido entre 0.40 e 0.69. Com a faceta Funcionamento Sensorial a correlação é significativa a 5%, e é fraca (0.20 – 0.39). No momento 2, a perceção da qualidade de vida em geral está correlacionada de forma positiva e significativa com a perceção da qualidade de vida do idoso e trata-se de uma correlação forte (0.70 – 0.89). Obtiveram-se correlações positivas, moderadas e significativas a 1% com as facetas: Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação Social, Intimidade e Família/Vida Familiar pois os coeficientes obtidos variam entre 0.40 e 0.69. A correlação entre a escala EUROHIS-QOL-8 e a faceta Morte e Morrer da escala WHOQOL-OLD é fraca (0.20 – 0.39) e significativa a 5%. No segundo momento a correlação com a faceta Funcionamento Sensorial não é significativa.

Tabela 4 – Correlação de Spearman entre EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD e suas facetas

	WHOQOL-OLD	FS	A	APPF	PS	MM	I	F
EurohisQol-8 Momento 1	.61**	.37*	.43**	.65**	.52**	.24	.19	.19
EurohisQol-8 Momento 2	.71**	.13	.63**	.56**	.44**	.38*	.40*	.45**

* significativo a 5%; ** significativo a 1%

4. DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos usados na caracterização da amostra, demonstram uma desigualdade no que se refere ao sexo, verificando-se um predomínio do sexo feminino. Em Portugal, são vários os estudos sobre a qualidade de vida, envolvendo a pessoa idosa, em que este se verifica o mesmo, é exemplo o estudo elaborado por Martins (2012). Este facto pode estar relacionado com os efeitos de sobrevivência masculina, e a esperança de vida, que como sabemos é mais elevada no sexo feminino (INE, 2013). Quanto ao estado civil, verificamos que a maioria da nossa amostra é constituída por viúvos (83,8). A dissolução do casamento por morte do cônjuge afeta sobretudo as mulheres, devido à sobre mortalidade masculina, o que justifica a disparidade das taxas brutas de viuvez por sexo: 2,7 por mil homens e 5,8 por mil mulheres (INE, 2013).

Visando a melhoria da qualidade de vida, uma estrutura residencial para pessoas idosas deve contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo, deve potenciar a integração social, proporcionando atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas, de resto, tal como está preconizado pela portaria n.º67/2012 que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas (Portaria nº 67/2012 de 21 de março do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012). Neste estudo, o grupo das pessoas idosas que se encontrava em programa de envelhecimento há mais tempo foi aquele que apresentou melhores pontuações do índice de qualidade de vida. Num estudo efetuado por Matimba (2014), cujo objetivo visava analisar o efeito de um programa de estimulação cognitiva em idosas institucionalizadas, encontrou-se uma melhoria significativa dos índices de qualidade de vida no grupo experimental que foi submetido durante três meses a um programa de estimulação cognitiva.

Nesta investigação, o instrumento de avaliação EUROHIS-QOL-8 encontra-se correlacionado, de forma positiva, moderada e significativamente com o total WHOQOL-OLD. Num estudo realizado por Martins (2012) que pretendia descrever a QdV das pessoas idosas, com base nos resultados obtidos no EUROHIS-QOL-8 e no WHOQOL-OLD, constatou uma relação entre o grau de proximidade das relações estabelecidas pelos idosos e os respetivos índices de qualidade de vida. No estudo de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, publicado em 2015 por Vilar, encontrou-se uma correlação significativa e elevada entre os instrumentos utilizados neste estudo (EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD).

CONCLUSÕES

Pretendemos com este estudo, conhecer a perceção da qualidade de vida de idosos institucionalizados na Santa Casa da Misericórdia de Bragança submetidos a um programa de envelhecimento ativo. A amostra estudada contemplou um grupo que já se encontrava inserido no âmbito de um programa de envelhecimento ativo há mais de um ano (proporcionado pela instituição), um outro grupo submetido a um programa de envelhecimento ativo durante dois meses (por nós proporcionado), restando um grupo de oito elementos que não foi submetido a qualquer programa de envelhecimento ativo, funcionando este como grupo de controlo. Os resultados obtidos na escala EUROHIS-QOL-8 e WHOQOL-OLD revelam-nos que o grupo que já se encontrava em programa de envelhecimento ativo há mais de um ano, foi o que evidenciou melhores resultados no índice de QdV, estatisticamente significativo aquando do primeiro (momento pré-intervenção) para o segundo momento de avaliação (momento pós intervenção), relevando a importância dos programas de envelhecimento ativo submetidos há longa data. Face a estes resultados, sugerimos que as estruturas residenciais para pessoas idosas apostem na integração da pessoa idosa em programas de envelhecimento ativo desde a sua admissão, incentivando-se a participação em grupo, a estimulação de capacidades físicas e cognitivas, que visem a potencialização da autoestima e do bem-estar, bem como, quer a desaceleração do processo de envelhecimento, quer a diminuição/prevenção de incapacidades.

Como limitações salientamos o facto de estes resultados não poderem ser extrapolados, uma vez que a amostra estudada é de pequena dimensão e se reporta a um determinado contexto espacial, temporal e cultural. Entendemos que seria pertinente prosseguir este tipo de estudo com uma amostra de dimensão mais elevada e num período de tempo mais alargado,

recorrendo-se de igual forma ao instrumento WHOQOL-OLD, pois este representa uma ferramenta específica dos instrumentos genéricos, sendo uma alternativa útil na investigação da qualidade de vida dos idosos, porque abrange aspetos fundamentais e não abordados nos instrumentos originais para populações não idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro, & A. Vaz-Serra (Coord.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M. D., & Caprara, M. G. (2009). Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. In R. Fernández Ballesteros (Eds.), *Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 261-292). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Instituto Nacional de Estatística (Ed.)(2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (Ed.) (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Acedido em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=inedestaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: actividades* (1ª ed.). Lisboa: Ambar.
- Martins, E. (2012). *Qualidade de vida em contexto de acolhimento familiar de idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga. Acedido em: <http://hdl.handle.net/1822/23359>
- Matimba, A. (2014). *Efeitos do programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizadas na unidade do sagrado coração com défices cognitivos moderados-CSBJ* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga. Acedido em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18096>
- Paschoal, S. M. P. (2006). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L. Py, F. X. Cançado, J. Doll & M. Gorzoni (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 147-153). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. *Diário da República*, nº58 – I Série. Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2012). Acedido em: <http://www.portaldolicenciamento.com/docs/nova-legislacao-lares-idosos.pdf>
- Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Notas em torno do processo de adaptação e avaliação do WHOQOL-OLD para a População Portuguesa. In M. C. Canavarro & A. Vaz-Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229- 250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vilar, M.; Simões, M. R; Lima, M. P; Cruz, C.; Sousa, L.; Sousa, A. R; Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71 - 95.
- Vilar, M. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra. Acedido em: <http://hdl.handle.net/10316/28680>
- World Health Organization, & Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse (1997). *Whoqol: measuring quality of life*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization. Acedido em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Acedido em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7685/envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Millenium, 2(2), 35-54.

A INTERVENÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO DOENTE COM DEMÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

THE INTERVENTION OF THE PHYSIOTHERAPIST IN THE PATIENT WITH DEMENTIA IN PALLIATIVE CARE.

LA INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA EN EL PACIENTE CON DEMENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

Fábia Escarigo¹

Andreia Gameiro¹

Paula Sapeta¹

¹Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde, Castelo Branco, Portugal

Fábia Escarigo - fabiaescarigo@gmail.com | Andreia Gameiro – andreia.gameiro12@gmail.com | Paula Sapeta - paulasapeta@ipcb.pt

Autor Correspondente

Fábia Escarigo

Estrada Nacional, N2 A, Eugénia, 6060 – 088 Monsanto,
Castelo Branco, Portugal

RECEBIDO: 1 de dezembro de 2016

ACEITE: 12 de janeiro de 2017

RESUMO

Introdução: Atualmente existe um elevado número de pessoas com diagnóstico de demência. No âmbito dos cuidados Paliativos as intervenções de reabilitação são muitas vezes minoradas. Desta forma é importante o estudo de medidas não farmacológicas com vista a melhorar o estado funcional e qualidade de vida destes doentes.

Problemática: Qual a intervenção do fisioterapeuta no doente com demência em cuidados paliativos?

Objetivos: Nesta revisão sistemática da literatura pretendemos identificar quais as intervenções que os fisioterapeutas utilizam com doentes com demência em cuidados paliativos e quais os benefícios dessas técnicas.

Métodos: Desenho do Estudo - Revisão Sistemática da Literatura;

Foram incluídos 12 estudos com um intervalo temporal de 2003 a 2015, em que são abordadas técnicas que possam ser utilizadas por fisioterapeutas no tratamento ou alívio do sofrimento e na melhoria de qualidade de vida destes doentes. Os artigos científicos foram encontrados em diversas bases de dados online e de texto integral tais como: Biblioteca do conhecimento Online, Pubmed e PEdro.

Resultados: Nesta revisão sistemática da literatura foram encontradas diversas técnicas não farmacológicas que contribuem para o aumento da qualidade de vida dos doentes com demência. Dentro destas técnicas encontradas são referidas o exercício aeróbico, manutenção da força muscular, treino de equilíbrio, o toque, treino cognitivo, intervenções comportamentais, estimulação cognitiva, estimulação elétrica transcutânea, musicoterapia, reminiscência, treino de atividades da vida diária (AVD's), massagem, terapia de recreação, sala snoezelen, estimulação multissensorial, apoio e psicoterapia, e relaxamento muscular.

Conclusões: Dentro dos programas multidisciplinares analisados nesta revisão o Fisioterapeuta faz todo o sentido, sendo este o profissional que utiliza o maior número de técnicas não farmacológicas abordadas. Estes programas podem ser bastante benéficos para que a diminuição da cognição ocorra de forma mais lenta e conseqüentemente permita a manutenção das faculdades físicas e o aumento da qualidade de vida do doente e dos seus cuidadores. O exercício é a técnica mais estudada, com resultados positivos na qualidade de vida. Constatamos que existe pouca evidência da intervenção do fisioterapeuta na fase terminal do doente com demência.

Palavras-chave: Dementia ; Alzheimer's; Physical therapy; Physiotherapist; Palliative care

ABSTRACT

Introduction: Currently there are a large number of people diagnosed with dementia. In the field of palliative care, rehabilitation interventions are often lessened. Thus, it is important to study non-pharmacological measures to improve the functional status and quality of life of these patients.

Issue: What's the intervention of the physiotherapist in the patient with dementia in palliative care?

Objectives: In this systematic review of the literature we intend to identify which interventions the physiotherapists used on patient with dementia in palliative care and the benefits of these techniques.

Methods: Study design - Systematic Literature Review

We've included 12 studies with a time interval 2003-2015, in which they are addressed techniques that can be used by physiotherapists in the treatment or relief of suffering and improving quality of life of patients. Scientific papers were found in several online databases and full text such as: Online Knowledge Library, B-On, Pubmed and PEdro.

Results: In this systematic review of the literature found several non-pharmacological techniques that contribute to improving the quality of life of patients with dementia. These techniques are exercise aerobic, maintenance of muscle strength, equilibrium training, touch, cognitive training, behavioral interventions, cognitive stimulation, transcutaneous electrical stimulation, exercise, music therapy, reminiscence , training activities of daily living, massage, recreation therapy, snoezelen room, multi-sensory stimulation, support and psychotherapy, and muscle relaxation.

Conclusions: Within the multidisciplinary programs analyzed in this review the physiotherapist makes perfect sense, being the professional that uses the greatest number of non-pharmacological techniques covered. These programs can be very beneficial for decreased cognition occurring more slowly and consequently allows the maintenance of the physical and increasing the patients quality of life and their caregivers. Exercise is the most studied technique with positive results on quality of life. We found that there is little evidence of physical therapist intervention in the terminal phase of the patient with dementia.

Keywords: Dementia; Alzheimer's; Physical therapy; Physiotherapist; Palliative care.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad existe un alto número de personas con diagnóstico de demencia. En el contexto de los cuidados paliativos, las intervenciones de rehabilitación a menudo son disminuidas. Por lo tanto, es importante el estudio de las medidas no farmacológicas para mejorar el estado funcional y la calidad de vida de estos pacientes

Problema: ¿Cuál es la intervención del fisioterapeuta en el paciente con demencia en los cuidados paliativos?

Objetivos: En esta revisión sistemática de la literatura que tienen la intención de identificar las intervenciones que los fisioterapeutas utilizan en los pacientes con demencia en los cuidados paliativos y los beneficios de estas técnicas.

Métodos: Diseño del estudio: Revisión sistemática de la literatura

Se incluyeron 12 estudios con un periodo de tiempo 2003-2015, en que están las técnicas que se pueden utilizar por los fisioterapeutas en el tratamiento o alivio del sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los documentos fueron encontrados en varias bases de datos online: B On, Pubmed y PEdro.

Resultados: En esta revisión sistemática de la literatura se encontraron varias técnicas no farmacológicas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con demencia. Dentro de estas técnicas se observan ejercicio aeróbico, el mantenimiento de la fuerza muscular, el entrenamiento del equilibrio, el tacto, el entrenamiento cognitivo, las intervenciones conductuales, estimulación cognitiva, estimulación eléctrica transcutánea, la terapia musical, la reminiscencia, las actividades de capacitación de la vida diaria (AVDs), el masaje, terapia de recreación, snoezelen, la estimulación multisensorial, el apoyo y la psicoterapia, y la relajación muscular.

Conclusiones: Dentro de los programas multidisciplinarios analizados en esta revisión el fisioterapeuta es un elemento clave, siendo el profesional que utiliza el mayor número de técnicas no farmacológicas discutidas. Estos programas pueden ser muy beneficios para que la disminución de la cognición produzca más lentamente y por lo tanto permite el mantenimiento de la capacidad física y el aumento de la calidad del paciente y sus cuidadores. El ejercicio es la técnica más estudiado con resultados positivos en la calidad de vida. Hemos encontrado que hay poca evidencia de la intervención del fisioterapeuta en la fase terminal del paciente con demencia.

Palabras clave: Dementia; Alzheimer's; Physical therapy; Physiotherapist; Palliative care

INTRODUÇÃO

Atualmente existe um elevado número de pessoas com diagnóstico de demência. Isto acontece pelo atual envelhecimento da população e respetivo aumento da esperança média de vida (Burton, et al., 2015; Kumar, et al., 2014). A doença de Alzheimer e a demência vascular são os tipos de demência mais frequentes (Burton, et al., 2015; Viola, et al., 2011; McLaren, LaMantia, & Callahan, 2013).

O estilo de vida sedentário também contribuí para o declínio da função cognitiva, irritação, confusão, depressão e fadiga (Winchestera, et al., 2013).

A demência caracteriza-se pela perda de função cerebral. A sua etiologia pode ser variada e o seu comportamento depende da área cerebral afetada tal como da extensão da lesão. Esta doença é caracterizada por alterações na memória, no pensamento e na orientação espaço-temporal. Por consequente, poderão ocorrer alterações motoras com diminuição da capacidade física provocando alterações na qualidade de vida e na realização de atividades básicas da vida diária. Os doentes com demência sofrem alterações na propriocepção, na acuidade visual e vestibular com repercussões negativas para a marcha e desempenho físico. Tais alterações contribuem para mudanças emocionais e comportamentais quer no doente quer nos seus cuidadores e familiares (Bossers, Scherder, Boersma, Hortoba, Woude, & Heuvelen, 2014; Burton, et al., 2015). Os familiares passam por diferentes graus de sentimentos, de perda, depressão, ansiedade, culpa, frustração e desesperança e muitas vezes não recebem uma oportunidade para expressar os seus sentimentos, e torna-se importante que os profissionais de saúde facultem aos familiares e cuidadores espaço e tempo para também poderem expressar os seus sentimentos e preocupações (Sampson, et al., 2008).

A demência exige que seja reconhecida como uma doença que necessita de cuidados paliativos. As intervenções devem ser cuidadosamente escolhidas para garantir a melhoria ou a manutenção da qualidade de vida da pessoa com demência e dos seus cuidadores e familiares. Os familiares devem ser educados e incentivados pelos profissionais de saúde a participar ativamente em discussões relacionadas com o estado do doente (Kumar & Kuriakose, 2013).

A fase final é frequentemente definida como um conjunto de sintomas que incluem incapacidade para se alimentar por via oral, mudanças nos padrões da respiração, perda de peso, falta de mobilidade, incapacidade de comunicar,

incontinência e dependência nas atividades da vida diária. A linguagem é não verbal e deste modo torna-se imperativo estar sensível à linguagem corporal, reações, gestos e expressões faciais (Kumar & Kuriakose, 2013).

De forma a analisar a evolução e a fase em que a demência se encontra existem diversas ferramentas de avaliação estabelecidas que permitem analisar a funcionalidade, a realização das atividades da vida diária (AVD), o discurso, a função cognitiva e o grau de dependência do cuidador (Bossers, Scherder, Boersma, Hortoba, Woude, & Heuvelen, 2014; McLaren, LaMantia, & Callahan, 2013).

Atualmente não existe tratamento médico que consiga reverter ou parar a progressão da doença (Bossers, Scherder, Boersma, Hortoba, Woude, & Heuvelen, 2014).

No âmbito dos cuidados paliativos, as intervenções de reabilitação são muitas vezes minoradas, e como resultado pouco se sabe sobre a eficácia dessas intervenções nos doentes (Montagnini, Lodhi, & Born, 2003).

Desta forma é importante o estudo de medidas não farmacológicas com vista a melhorar o estado funcional e qualidade de vida destes doentes (Bossers, Scherder, Boersma, Hortoba, Woude, & Heuvelen, 2014).

MÉTODOS

De modo a conferir qual a intervenção do fisioterapeuta no doente com demência em cuidados paliativos direcionamos a pesquisa para a procura de estudos que respondessem às questões principal e secundária respetivamente: Qual a intervenção do Fisioterapeuta no Doente com Demência em Cuidados Paliativos? Quais as técnicas utilizadas pelos Fisioterapeutas na intervenção ao Doente com Demência em Cuidados Paliativos?

Como objetivos para responder às questões, definimos:

- Identificar quais as intervenções que os Fisioterapeutas utilizam nos doentes com demência em Cuidados Paliativos;
- Identificar quais os benefícios das técnicas utilizadas pelos Fisioterapeutas nos doentes com demência em cuidados paliativos.

Nesta Revisão Sistemática da Literatura foram incluídos 12 estudos, em que são abordadas técnicas que possam ser utilizadas por fisioterapeutas no tratamento ou alívio do sofrimento e na melhoria de qualidade de vida destes doentes.

Como critérios de inclusão e exclusão neste estudo consideraram-se os seguintes:

Critérios de Inclusão: Foram incluídos estudos de natureza qualitativa e quantitativa desde 2003; estudos que abordassem técnicas utilizadas ou que possam ser utilizadas pelos fisioterapeutas no tratamento ou alívio do sofrimento bem como na melhoria da qualidade de vida de doentes com demência em cuidados paliativos e os seus cuidadores/familiares.

Critérios de Exclusão: Foram excluídos estudos que não contemplassem doentes em contexto de cuidados paliativos; estudos que não integrem técnicas que não sejam utilizadas pelos fisioterapeutas.

Foram utilizados os seguintes descritores de pesquisa: demência, cuidados paliativos, fisioterapia, Physicaltherapy, physiotherapy, physicaltherapist, dementia, vascular dementia, Alzheimer, palliativecare, end of life.

Para a seleção dos artigos foram usados os seguintes parâmetros: Participantes, Intervenções, Comparações, resultados (Outcomes) e Desenho do estudo (PICOD)

Quadro 1 - Tabela PICOD

P	Participantes	Quem foi estudado?	Fisioterapeutas; Doentes com demência em contexto de cuidados paliativos.	Palavras-Chave <i>demência, cuidados paliativos, fisioterapia, Physicaltherapy, physiotherapy, physicaltherapist, dementia, vascular dementia, Alzheimer, palliativecare, endoflife</i>
I	Intervenções	O que foi feito?	Controlo de sintomas, promoção da melhoria de qualidade de vida.	
C	Comparações	Podem existir ou não.	Quais?	
O	Outcomes	Resultados, efeitos, consequências.	Controlo dos sintomas, melhoria da qualidade de vida	
D	Desenho do estudo	Como é que a evidência foi recolhida.	Qualitativo e quantitativo	

Foi incluída literatura científica publicada entre 2003 e 2015, em diversas bases de dados online e de texto integral: Biblioteca do conhecimento Online, Pubmed, PEdro, utilizamos também como complemento para procura de alguns artigos o Google Académico.

Para esta revisão foram inicialmente selecionados pela leitura do respetivo abstract 15 artigos. Pela leitura mais profunda e tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão selecionamos 12 artigos correspondentes a uma fonte primária de informação.

Constatamos que são os Estados Unidos que mais abordam esta temática, seguidos do Reino Unido e Austrália (Gráfico 1). A maioria dos documentos foi publicada entre 2013 e 2014 (Gráfico 2).

Gráfico 1 - Distribuição dos estudos por país de origem.

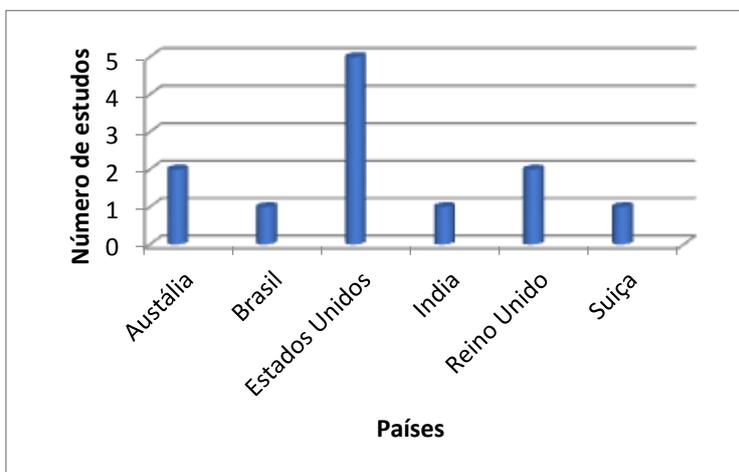
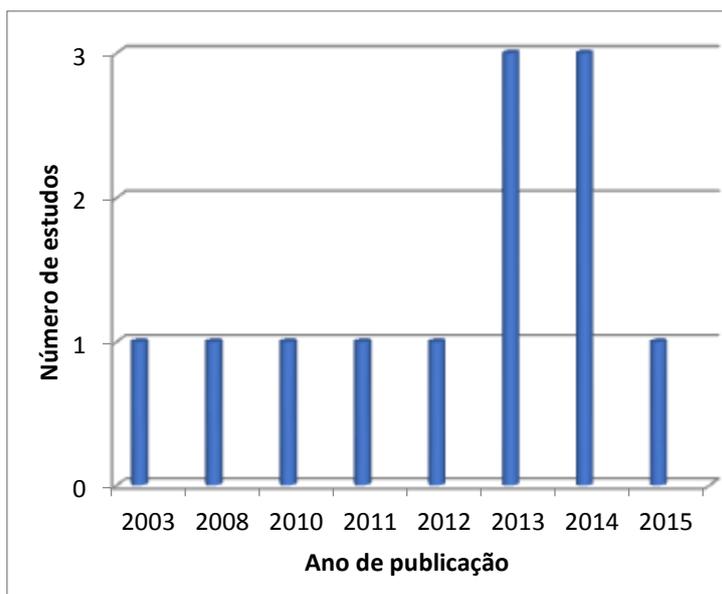


Gráfico 2 - Distribuição dos estudos por ano de publicação.



RESULTADOS

As estratégias não farmacológicas podem melhorar a qualidade de vida dos doentes com demência e consequentemente a qualidade de vida dos seus cuidadores e familiares. (Olazarán, et al., 2010).

Numa revisão sistemática de eficácia foram descritas como estratégias não farmacológicas para intervenção na demência as seguintes: treino cognitivo, intervenções comportamentais, estimulação cognitiva, estimulação elétrica transcutânea, exercício físico, musicoterapia, reminiscência, treino de atividades da vida diária (AVD'S), massagem, toque, terapia de recreação, sala snoezelen, estimulação multissensorial, psicoterapia e relaxamento muscular. Os resultados desta revisão indicam que as estratégias não farmacológicas poderão ter uma contribuição benéfica e acessível para a melhoria da prestação de cuidados aos doentes com demência, com impacto positivo para seus cuidadores e familiares (Olazarán, et al., 2010)

Luciane Viola et al. estudou um programa que incluía apenas medidas não farmacológicas tais como reabilitação cognitiva, treino cognitivo assistido por computador, terapia da fala, terapia ocupacional, pintura, escrita, expressão oral e fisioterapia (treino do equilíbrio, prevenção de quedas, exercícios, passeios em grupo, sessões de alongamento muscular). Os cuidadores assistiram a sessões de educação e aconselhamento em grupo. Com a aplicação deste programa obteve-se uma diminuição dos sintomas neuropsiquiátricos do utente, diminuição do grau de preocupação do cuidador e diminuição dos sintomas depressivos de ambos. Verificou-se que a função cognitiva se manteve estável e que a qualidade de vida melhorou (Viola, et al., 2011).

McLaren, LaMantia&Callahan elaboraram uma revisão sistemática da literatura em que o objetivo foi o de determinar se as medidas não farmacológicas como o exercício, terapia ocupacional e outras intervenções multidisciplinares contribuem para um atraso do declínio funcional em doentes com demência inseridos na comunidade. Foi observado um efeito positivo na performance e qualidade de vida e obtiveram-se resultados positivos significativos no desempenho funcional.

No estudo feito por Montagnini et al concluíram que os doentes com diagnóstico de demência após um programa de fisioterapia melhoraram o seu estado funcional e a qualidade de vida e aumentaram os níveis de albumina sérica comparados com os doentes sem diagnóstico de demência. (Montagnini , Lodhi, & Born, 2003). A melhoria do estado funcional e da qualidade de vida está associada ao aumento do nível de albumina sérica. A albumina é um marcador do estado nutricional e um preditor de expectativa de vida nos cuidados paliativos. Também poderá ser utilizada como um marcador de melhoria funcional de reabilitação em doentes em cuidados paliativos (Montagnini , Lodhi, & Born, 2003).

Uma das estratégias que promovem a diminuição do declínio da doença de alzheimer é a prática regular de exercício aeróbico (Henderson, 2014). Num estudo citado por Henderson concluiu-se que o exercício físico a longo prazo reduz o número de placas amiloides bem como os níveis de amiloide solúvel no hipocampo e melhora a aprendizagem, em comparação com o grupo de controlo (Henderson, 2014). O exercício tem efeito positivo sobre a inflamação, stress e sistema imunológico, aumenta os níveis aeróbicos do fator neurotrófico e estas proteínas podem apoiar a sobrevivência neuronal, melhorando a plasticidade sináptica, promover a formação de novos vasos sanguíneos e levar a formação de novos neurónios no hipocampo(Henderson, 2014).

Willem et al elaboraram um programa de exercício aeróbico (caminhadas) conjuntamente com treino de força para membros inferiores de forma a ativar os grandes grupos musculares responsáveis pela marcha, equilíbrio e mobilidade. Os autores decidiram comparar um grupo que realizava este programa de exercício com um grupo que realizaria caminhadas com a mesma duração e frequência. O grupo que realizou o programa de exercícios obteve ligeiras melhorias cognitivas e motoras, no entanto, sem grandes diferenças significativas (Bossers, Scherder, Boersma, Hortoba, Woude, & Heuvelen, 2014).

Programas de exercícios como treino de equilíbrio, treino de força muscular para os membros inferiores contribuem de forma positiva para a prevenção e diminuição de quedas nestes doentes com impacto positivo para a qualidade de vida (Burton, et al., 2015).

Kumar et al elaboraram um plano de 10 sessões de tratamento. Este plano incluía relaxamento (contraí/relaxa); exercícios de manutenção de força; exercícios de mobilidade (amplitudes de movimento, imitação de movimentos, exercícios com bola medicinal); treino de atividades da vida diária (cuidado pessoal com o corpo, valorização pessoal, vestir/despir, tarefas domésticas); exercícios cognitivos (leitura em voz alta, quebra-cabeças e dupla tarefa) e atividades recreativas. Verificou-se que a aplicação deste plano de atividades contribuiu para o aumento da qualidade de vida, com ênfase nas componentes físicas e psicossociais (Kumar, et al., 2014)

Os programas de atividade física influenciam o desempenho das atividades da vida diária de forma positiva. Assim o declínio no desempenho das atividades da vida diária pode ser devido à progressão da doença mas também devido à inatividade física(Burge, Kuhne, Berchtold, Maupetit, & von Gunten, 2012).

A atividade física associada à música demonstrou melhorar o desempenho dos doentes em estágios avançados de demência. A atividade física feita em grupo e acompanhada por música poderá mais facilmente responder às expectativas dos doentes com demência e aumentar a sua aderência ao exercício (Burge, Kuhne, Berchtold, Maupetit, & von Gunten, 2012).

O toque nas pessoas com demência em fim de vida é tão ou mais importantes como em outras fases da vida. Só o simples toque, sem técnicas, provoca na pessoa com demência relaxamento, promovendo assim uma melhoria do seu estado psicológico e afetivo (Nicholls, Chang, Johnson, & Edenborough, 2003).

CONCLUSÕES

Dentro dos programas multidisciplinares analisados nesta revisão, o fisioterapeuta é o profissional que utiliza o maior número de técnicas não farmacológicas abordadas. É importante não só proporcionar qualidade de vida ao doente com demência mas também abordar a família e encontrar estratégias em que ambas as partes possam melhorar a sua qualidade de vida.

O exercício físico destaca-se como a grande intervenção do fisioterapeuta nos doentes com demência em cuidados paliativos, podendo ser aplicado como exercício aeróbico, treino de resistência, treino de equilíbrio, fortalecimento, flexibilidade, caminhadas, ensino aos cuidadores sobre exercícios e treino das atividades da vida diária (Montagnini , Lodhi, & Born, 2003) (Burton, et al., 2015).

O exercício pode ser bastante benéfico para a manutenção da funcionalidade do utente, contribuindo para que a diminuição da cognição ocorra de forma mais lenta e consequentemente permita o ganho da qualidade de vida do utente e dos seus cuidadores (Montagnini , Lodhi, & Born, 2003)

O toque também parece promover uma melhoria no estado psicológico e afetivo quer do doente quer dos cuidadores e familiares. (Nicholls, Chang, Johnson, & Edenborough, 2003)

Pudemos constatar que existe pouca evidência de qual a intervenção do fisioterapeuta no doente com demência em cuidados paliativos, menor evidencia quando se trata da fase terminal.

Em suma, a esperança média de vida tem aumentado o que tem contribuído para que o número de pessoas com demência cresça. Cada vez mais importa analisar estratégias não farmacológicas, pois poderão ter uma contribuição benéfica e acessível para a melhoria da prestação de cuidados aos doentes com demência, com impacto positivo para seus cuidadores e familiares (Olazarán, et al., 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burge, E., Kuhne, N., Berchtold, A., Maupetit, C., & von Gunten, A. (2012). Impact of physical activity on activity of daily living in moderate to severe dementia: a critical review. *Eur Rev Aging Phys Act* , 27–39.
- Henderson, V. W. (2014). Three Midlife Strategies to Prevent Cognitive Impairment Due to Alzheimer’s Disease. *Climacteric* , 38–46.
- Montagnini , M., Lodhi, M., & Born, W. (2003). The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine* , 11-17.
- Bossers, W., Scherder, E., Boersma, F., Hortoba, T., Woude, L., & Heuvelen, M. (2014). Feasibility of a combined aerobic and strength training program and its effects on cognitive and physical function in institutionalized dementia patients. A pilot study. *Plos One* , 1-10.
- Burton, E., Cavalheri, V., Adams, R., Browne, C., Spencer, P., Fenton, A., et al. (2015). Effectiveness of exercise programs to reduce falls in old people with dementia living in the community: systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging* , 421-434.
- Kumar, C. S., & Kuriakose, J. R. (2013). End-of-life care issues in advanced dementia. *Mental Health in Family Medicine* , 129–32.
- Kumar, P., Tiwari, S., Goel, A., Sreenivas, V., Kumar, N., Tripathi, R., et al. (2014). Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *International Archives of Medicine* , 7-26.
- McLaren, A., LaMantia, M., & Callahan, C. (2013). Systematic Review of Non-Pharmacologic Interventions to Delay Functional Decline in Community-Dwelling Patients with Dementia. *Aging Ment Health* , 655-666.
- Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A., & Edenborough, M. (2003). Touch, the essence of caring for people with endstage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. *Aging & Mental Health* , 571-578.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., et al. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer’s Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* , 161-178.
- Sampson, E. L., Thuné-Boyle, I., Kukkastenvemas, R., Jones, L., Tookman, A., King, M., et al. (2008). Palliative care in advanced dementia; A mixed methods approach for the development of a complex intervention. *BMC Palliative Care* , 1-9.

- Viola, L., Nunes, P., Yassuda, M., Apraham, I., Santos, G., Brum, P., et al. (2011). Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *CLINICS*, 1395-1400.
- Winchestera, J., Dicka, M., Gillen, D., Reedd, B., Millerg, B., Tnklenbergi, J., et al. (2013). Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (AD) across one year. *Arch Gerontol Geriatr*, 96-103.

APÊNDICES

PICOD dos artigos/ revisões sistemáticas

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
The Utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit		<p>Programa de Fisioterapia (Não há descrição do programa).</p> <p>Os pacientes tiveram uma avaliação de fisioterapia em três momentos antes do programa de fisioterapia, 2 semanas depois do início e no final do programa.</p>	<p>Concluíram que com o programa de Fisioterapia os doentes mostraram uma melhoria na QV e os níveis de Albumina foram significativamente correlacionados com a melhoria funcional comparativamente com os doentes que não realizaram o programa. Outra conclusão foi que os pacientes com diagnóstico de demência melhoraram o seu estado funcional comparados com doentes sem diagnóstico de demência.</p>
Autores	Montagnini , Lodhi, & Born		
Referencia	Journal of Palliative Medicine		
Ano/País	2003/Wisconsin		
Participantes	6 Pacientes em contexto de cuidados paliativos.		
Desenho do estudo	Estudo Retrospectivo.		
Limitações do estudo	Ser um estudo retrospectivo, os pacientes serem encaminhados para a Fisioterapia por visão subjetiva do médico; baixo número de indivíduos em estudo.		
Comparações	Houve comparações da Qualidade de Vida dos pacientes que receberam um tratamento de fisioterapia e os que não receberam; comparação dos níveis de albumina,		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care		Aplicação do programa NEMASTE. Consiste num programa com 4 fases distintas todas elas promovendo o toque quer entre humanos quer entre objetos.	Com a aplicação do programa NEMASTE conseguiu-se melhorar o estado emocional nos doentes com demência em fim de vida assim como melhorar as sensações dos cuidadores e familiares pois ver a pessoa com demência relaxada e sorridente produz um impacto semelhante sobre as pessoas em redor.
Autores	Nicholls, D., Chang, E., Johnson, A., & Edenborough, M.		
Referencia Ano/País	Aging& Mental Health 2013/Austrália		
Participantes	Doentes com demência em fase final de vida; familiares dos doentes; profissionais de saúde e funcionários.		
Desenho do estudo	Não referido		
Limitações do estudo	Não referidas		
Comparações	Não existem		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Three Midlife Strategies to Prevent Cognitive Impairment Due to Alzheimer's Disease			
Autores	Henderson, V. W.	Estratégias para redução do risco durante a meia-idade.	As estratégias atuais de redução de risco não estão bem fundamentadas em dados experimentais, embora algumas táticas sejam melhor suportadas que outras. A atividade física aeróbica regular reduz o risco da doenças avançar.
Referência Ano/País	<i>Climacteric</i> . 2014/US	São apresentadas 3 estratégias -Aumentar o limiar para os problemas cognitivos -Estimulação -Exercício aeróbico regular.	
Participantes	Não referido		
Desenho do estudo	Não referido		
Limitações do estudo	Não referidas		
Comparações	Não existem		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy		Avaliar a melhor evidência sobre os efeitos das estratégias não farmacológicas em pessoas com demência	As estratégias não farmacológicas são um instrumento útil, versátil e uma abordagem potencialmente rentável para melhorar os resultados e a qualidade de vida dos doentes com demência assim como os cuidadores e familiares.
Autores	Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., del Ser, T., et al.		
Referencia Ano/País	Dement GeriatrCognDisord 2010/USA		
Descritores	Alzheimer's disease, nonpharmacological therapy, Efficacy evaluation		
Desenho do estudo	Revisão sistemática e Meta análise		
Bases de Dados	Medline, PsycINFO, CINAHL, Embase, Lilacs and the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement GroupSpecializedRegister		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Impact of physical activity on activity of daily living in moderate to severe dementia: a critical review		Programas de atividade física projetados para demência moderada a grave com identificação do seu impacto sobre a independência funcional nas atividades da vida diária.	Evidências da eficácia sobre programas de atividades física no desempenho das atividades da vida diária continua limitado, no entanto houve um estudo de alta qualidade que mostrou um efeito estatisticamente e clinicamente significativo
Autores	Burge, E., Kuhne, N., Berchtold, A., Maupetit, C., & von Gunten, A		
Referencia Ano/País	Eur Rev Aging Phys Act, 9:27–39 2012/Suíça		
Participantes	Doentes com demência		
Desenho do estudo	RCT		
Limitações do estudo	Qualidade baixa e numero reduzido dos estudos incluídos		
Comparações	Não referidas		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Palliative care in advanced dementia; A mixed methods approach for the development of a complex intervention		Desenvolvimento de uma intervenção para doentes com demência avançada e para os seus cuidadores.	Benefícios de intervenções dos cuidadores com os doentes com demência são uma melhor compreensão da situação, ajuda na tomada de decisões, promovendo um menor número de hospitalizações, bem como um melhor resultado de luto em parentes.
Autores	Sampson, E. L., Thuné-Boyle, I., Kukkastenvehmas, R., Jones, L., Tookman, A., King, M., et al.		
Referencia Ano/País	BMC Palliative Care 2008/UK		
Participantes	40 doentes com demência, cuidadores		
Desenho do estudo	RCT		
Limitações do estudo	Não referidas		
Comparações	Não referidas		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease		<p>O programa de atividades estudado continha as seguintes medidas não farmacológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reabilitação cognitiva; - treino cognitivo assistido por computador; - terapia da fala; - terapia ocupacional; - terapia pela arte (pintura, escrita, expressão oral); - fisioterapia e treino físico (aumento do equilíbrio, prevenção de quedas através do exercício, passeios em grupo, sessões de alongamentos, ensino aos cuidadores sobre exercícios e atividades da vida diária em casa). <p>Cada atividade foi realizada 1 vez por semana durante 60 a 90 minutos.</p> <p>Os cuidadores assistiram a sessões de psico educação e aconselhamento psicológico em sessões de grupo.</p>	<p>Concluiu-se que as intervenções não farmacológicas bem estruturadas podem contribuir de forma benéfica no tratamento cínico da demência.</p> <p>Os pacientes que fizeram parte do grupo experimental mantiveram-se estáveis relativamente à função cognitiva global.</p> <p>Houve diminuição dos sintomas depressivos do cuidador e do utente.</p> <p>Diminuição dos sintomas neuro psiquiátricos dos utentes.</p> <p>Diminuição do grau de aflição do cuidador.</p> <p>Aumento da qualidade de vida do cuidador e do utente.</p>
Autores	Luciane Viola et al		
Referencia Ano/País	Clinica Science, 2011, Brasil		
Participantes	25 utentes com Alzheimer e os seus cuidadores (grupo experimental) e 12 utentes com Alzheimer e os seus cuidadores em lista de espera (grupo de controlo)		
Desenho do estudo	Estudo cego e controlado		
Limitações do estudo	Falta de medições objetivas em fisioterapia; Pequena amostra para o grupo de controlo; Estudo de várias intervenções em simultâneo o que dificulta saber quais as que contribuíram para determinados resultados.		
Comparações	Compara as intervenções multidisciplinares referenciadas com os tratamentos standart para utentes com Alzheimer.		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Systematic Review of Non-Pharmacologic Interventions to Delay Functional Decline in Community-Dwelling Patients with Dementia		<p>Esta revisão foi realizada com o intuito de determinar se quaisquer intervenções não farmacológicas contribuem para o atraso do declínio funcional em doentes com demência inseridos na comunidade.</p> <p>Foram incluídos estudos que abordam as seguintes intervenções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercício; - Terapia Ocupacional; - Intervenções multidisciplinares- 	<p>Concluiu-se que as medidas não farmacológicas podem retardar a progressão da incapacidade funcional dos utentes com demência.</p> <p>Foram analisados 7 ensaios randomizados sobre terapia ocupacional (durante 5 semanas ou menos) dos quais se observaram resultados positivos, nomeadamente o aumento da <i>performance</i> e da qualidade de vida com exceção de 1 artigo.</p> <p>Analizaram-se 6 ensaios randomizados sobre exercício (exercício aeróbico, treino de resistência, equilíbrio, levantamento de peso, flexibilidade) com resultados positivos significativos no desempenho funcional.</p> <p>Por fim verificaram-se 5 RCT's sobre intervenções multidisciplinares que incluíram os cuidadores (2 artigos), cuidados colaborativos (1 artigo), consultadoria de gestão de problemas (1 artigo) e sessões de exercícios cognitivos e atividades psicomotoras (1 artigos). Obtiveram-se resultados positivos apenas no que se refere a vertentes não físicas.</p>
Autores	McLaren, LaMantia&Callahan		
Referencia Ano/País	AgingMentHealth. 2013 Estados Unidos		
Participantes	3 participantes		
Descritores	dementia;cognitive impairment;Alzheimer; motor activity;rehabilitation; physicaltherapy modalities; nonpharmacologic; non pharmacologic		
Desenho do estudo	Revisão Sistemática da Literatura		
Limitações do estudo	Não referidas		
Base de dados	Pubmed;		
Comparações	Não são referidas		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (AD) across one year		<p>Neste estudo foi analisada a influência do exercício, nomeadamente das caminhadas nos utentes diagnosticados com Alzheimer. Foi avaliado o número de horas de exercício durante o estudo e num follow up de 1 ano. Avaliou-se o humor, os níveis de atividade física, atividades funcionais, cognição global e sintomas comportamentais. Os utentes foram divididos em dois grupos: sedentários e ativos.</p>	<p>Concluiu-se que o estilo de vida sedentário contribuiu para o declínio da função cognitiva, diminuição do vigor, aumento da raiva, confusão, depressão e fadiga.</p> <p>Algum nível de atividade física, especialmente a caminhada, é benéfico para a função cognitiva em doentes com Doença de Alzheimer.</p>
Autores	Winchester et al		
Referencia Ano/País	ArchGerontolGeriatr. 2013 Estados Unidos		
Participantes	104 utentes com diagnóstico de Alzheimer e os seus cuidadores		
Desenho do estudo	Não referido		
Limitações do estudo	Não referidas		
Comparações	Compararam-se utentes sedentários com utentes ativos.		

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Feasibility of a combined aerobic and strength training program and its effects on cognitive and physical function in institutionalized dementia patients. A pilot study		<p>Foram criados dois grupos : GE (17 utentes) e grupo GS (16 utentes).</p> <p>GE realizou um programa de exercício aeróbico conjuntamente com treino de força durante 6 semanas, 5 vezes por semana em que cada sessão durou 30 minutos. Destas 5 sessões semanais: 3 sessões eram constituídas apenas por caminhadas e as outras 2 sessões por treino de força para membros inferiores de forma a ativar os grandes grupos musculares responsáveis pela marcha, equilíbrio e mobilidade.</p> <p>O grupo GS realizou visitas sociais com a mesma duração e frequência.</p>	<p>Não foram encontradas grandes diferenças significativas entre os dois grupos.</p> <p>No entanto, houve ligeiras melhoras cognitivas e motoras nos participantes de GE.</p>
Autores	Willem et al		
Referencia Ano/País	PlosOne, 2014 Reino Unido		
Participantes	33 utentes com demência institucionalizados		
Desenho do estudo	Estudo Piloto não randomizado		
Limitações do estudo	Número reduzido de amostra, intervenção curta no tempo		
Comparações	Compara a realização de exercício com visitas sociais com a mesma duração.		

<u>Título do Artigo</u>	
Effectiveness of exercise programs to reduce falls in old people with dementia living in the community: systematic review and meta-analysis	
Autores	Burton et al
Referencia /Ano/País	Clinical Interventions in Aging, 2015 Australia
Participantes	8 participantes
Desenho do estudo	Revisão Sistemática e Meta análise
Descritores	cognite impair;cognition disorders; dementia;physical activity;physical active;physical exercise;exercise;community;home;fall;accidental fall;fallprevent.
Limitações do estudo	A não inclusão de todos os artigos importantes, poucos artigos analisados
Base de dados	Medline (ProQuest), CINAHL, PubMed, PsycInfo, EMBASE and Scopus
Comparações	Não são referidas.

Título do Artigo		Intervenções	Outcomes
Novel occupational therapy interventions may improve quality of live in older adults with dementia		<p>O grupo em estudo realizou 10 sessões de tratamento, durante 5 semanas com uma duração de 70 minutos. Este programa foi constituído pelas seguintes valências:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaxamento de 10 minutos (contraí/relaxa); - 10 minutos de exercícios de manutenção de força, mobilidade, circulação e saúde em geral (amplitudes de movimento, imitação de movimentos, exercícios com bola medicinal); - 15 minutos de atividades pessoais tais como cuidado pessoal com o corpo, valorização pessoal, vestir/despir, tarefas domésticas; - 20 minutos de exercícios cognitivos nomeadamente leitura em voz alta, quebra-cabeças e dupla tarefa; - 10 minutos de atividades recreacionais de entre estas tarefas domésticas, ver televisão, jogos, eventos sociais. <p>Ambos os grupos foram acompanhados pelo tratamento médico padrão.</p>	<p>Aumento da qualidade de vida nomeadamente nas componentes físicas e psico sociais com a aplicação do programa implementado no grupo experimental.</p>
Autores	Kumar et al		
Referencia Ano/País	International Archives of medicine, 2014 India		
Participantes	77 utentes com demência leve a moderada		
Desenho do estudo	Estudo randomizado		
Limitações do estudo	Amostra pequena, observou-se um viés inerente, utilização de algumas escalas muito genéricas		
Comparações	Comparou-se um grupo sujeito a um programa específico com um grupo que apenas teve acesso ao tratamento médico padrão.		

EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
EDUCATION AND SOCIAL DEVELOPMENT
EDUCACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

millenium

PARENTING SCALE SELF-TEST: ESTUDO DA ESTRUTURA FATORIAL
PARENTING SCALE SELF-TEST: STUDY OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES
PARENTING SCALE SELF TEST: ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL

57
57
57

Millenium, 2(2), 57-67.

PARENTING SCALE SELF-TEST: ESTUDO DA ESTRUTURA FATORIAL

PARENTING SCALE SELF-TEST: STUDY OF PSYCHOMETRIC PROPERTIES

PARENTING SCALE SELF TEST: ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA FACTORIAL

Ana Paula Matos^{1,2}
José Joaquim Costa¹
Maria Rosário Pinheiro^{1,2}
Eliana Silva¹
Cristiana Marques¹

¹Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

²Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, FPCEUC, Coimbra, Portugal

Ana Paula Matos - apmatos@fpce.uc.pt | José Joaquim Costa - jjcosta@fpce.uc.pt | Maria Rosário Pinheiro - mrpinheiro@fpce.uc.pt | Eliana Silva - eliana92silva@gmail.com | Cristiana Marques - cristiana.c.marques@hotmail.com

Autor Correspondente

Ana Paula Matos

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, R. Colégio Novo 10A, 3001-802 Coimbra, Portugal.
apmatos@fpce.uc.pt

RECEBIDO: 25 de novembro de 2016

ACEITE: 12 de janeiro de 2017

RESUMO

Introdução: A Parenting Scale Self Test de Gottman e Declaire (1997) avalia o que os pais pensam sobre as emoções e a forma como lhes reagem e pretende determinar a forma pelo qual os pais ensinam os seus filhos a reconhecer, a expressar e a lidar com as emoções.

Objetivo: O objetivo deste estudo é avaliar as propriedades psicométricas da PSST, nomeadamente a estrutura fatorial e a consistência interna.

Métodos: A amostra consistiu em 355 pais (65.07% do género feminino e 34.93% do género masculino), cujos filhos adolescentes têm idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos. A natureza do presente estudo é quantitativa, analítica e transversal. Foi realizada uma análise fatorial exploratória através do método de componentes principais com rotação direct oblimin.

Resultados: A estrutura da escala revelou-se diferente da original, apresentando 3 fatores relativos aos estilos parentais face às emoções: fator 1- estilo reprovador (explica 13.75% da variância total); fator 2 - estilo explorador (explica 11.41% da variância total) e fator 3 - estilo aceitador (explica 6.27% variância total). A consistência interna da escala revelou valores de alfa de .87, .85 e .70, respetivamente.

Conclusões: Esta investigação constitui um passo inicial no estudo e na adaptação das propriedades psicométricas da PSST numa amostra da população portuguesa, e é um importante contributo para futuras investigações e prática clínica.

Palavras-chave: Estrutura fatorial; Parenting Scale Self-Test; Estilos parentais; Adolescentes

ABSTRACT

Introduction: The Parenting Scale Self-Test (Gottman & Declaire, 1997) evaluates what parents think about emotions and the way they react to them. It also tries to determine the ways by which the parents teach their children to recognize, express and deal with emotions.

Objective: The aim of this study is to evaluate some psychometric properties of PSST, namely its factorial structure and internal consistency.

Methods: The sample consisted of 335 parents (65.07% female and 34.93% male) whose children are between 14 and 20 years of age. The nature of the present study is quantitative, analytical and cross-sectional. An exploratory factorial analysis was conducted using the principal components method with direct oblimin rotation.

Results: The structure of the scale changed from the original, presenting in the Portuguese sample three parenting styles towards emotions: 1st factor – disapproving style (explaining 13.75% of total variance); 2nd factor – explorer style (explaining 11.41% of total variance) and 3rd factor – accepting style (explaining 6.72% of total variance). The internal consistency of the scale showed alpha values of .87, .85 and .70, respectively.

Conclusions: This research constitutes an initial step in the study and adaptation of the psychometric properties of the PSST in a sample of the Portuguese population, and is an important contribution for future research and clinical practice.

Keywords: Factorial structure, Parenting Scale Self-Test; Parenting styles; Adolescents

RESUMEN

Introducción: La Parenting Scale Self Test de Gottman y Declaire (1997) evalúa lo que los padres piensan acerca de las emociones y cómo reaccionan a ellas, y que pretende determinar la forma en que los padres enseñan a sus hijos a reconocer, expresar y hacer frente a las emociones.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es evaluar algunas propiedades psicométricas de la PSST: la estructura factorial y consistencia interna.

Métodos: La muestra consistió en 355 padres (65,07% mujeres y 34,93% hombres), cuyos hijos adolescentes tienen edades comprendidas entre los 14 y los 20 años. La naturaleza de este estudio es cuantitativo, analítico y transversal. Un análisis factorial exploratorio se realizó mediante el método de componentes principales con rotación oblimín directo.

Resultados: La estructura de la escala demostró ser diferente de la original, con 3 factores relacionados con los estilos parentales ante de las emociones: factor 1 - estilo reprovador (explica 13.75% de la varianza total); factor 2 - estilo explorador (explica 11.41% de la varianza total) y factor 3 - estilo aceptador (explica 6.27% de la varianza total). La consistencia interna de la escala reveló respectivamente valores alfa de .87, .85 y .70.

Conclusiones: Esta investigación es un primer paso en el estudio y en la adaptación de las propiedades psicométricas de la PSST en un muestra de la población portuguesa, y es una contribución importante para la futura investigación y la práctica clínica.

Palabras clave: Estructura factorial; Parenting Scale Self Test; Estilos parentales; Adolescentes

INTRODUÇÃO

A partir da investigação acerca das relações entre pais e filhos e do desenvolvimento de capacidades de regulação emocional nos filhos, Gottman, Katz, e Hooven, (1996) desenvolveram a teoria da meta-emoção, que defende que os estilos de socialização emocional dos pais se relacionam com a sua filosofia meta-emocional. O conceito de filosofia parental meta-emocional diz respeito ao “conjunto organizado de sentimentos e de pensamentos que os pais têm sobre as suas emoções e as dos seus filhos” (Gottman et al., 1996, p. 243), sendo que cada filosofia meta-emocional resulta em estilos parentais de socialização emocional distintos.

A Parenting Scale Self-Test foi construída a partir deste modelo teórico que evidencia que a forma como os pais pensam e reagem à própria experiência emocional negativa determina as atitudes que terão perante as emoções negativas dos filhos e que estas, por sua vez, têm repercussões nas capacidades de regulação emocional dos filhos, bem como noutras áreas de vida, nomeadamente relações interpessoais e desempenho académico.

Assim, estudar as propriedades psicométricas da PSST permite adaptar/validar um instrumento de avaliação dos estilos parentais de socialização emocional e perceber os efeitos que estes têm no ajustamento e nas competências dos filhos. Na presente investigação, os autores estudam algumas das principais características psicométricas da PSST, nomeadamente a sua estrutura fatorial e consistência interna.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A entrevista estruturada sobre meta-emoção para pais (Katz & Gottman, 1986) constitui o principal instrumento de medida das filosofias meta-emocionais. Com base no estudo desta entrevista, Gottman e Declaire (1997) propõem quatro estilos parentais relacionados com as emoções: treinador de emoções, *laissez-faire*, desvalorizador e desaprovador.

O estilo parental treinador de emoções caracteriza-se pela aceitação da expressão emocional dos filhos. Os pais empatizam e validam as suas emoções, e ensinam-nos a identificar o que estão a sentir e a expressar as emoções de forma adequada. O estilo parental *laissez-faire* também se caracteriza pela aceitação e validação da experiência emocional. Porém, ao contrário do que acontece com o estilo treinador de emoções, os pais não estabelecem limites ao comportamento e não orientam na regulação de experiências emocionais intensas. Pais com um estilo parental desvalorizador consideram que a experiência emocional negativa dos filhos é irracional, pelo que não a consideram importante. Assim, não aceitam das emoções negativas dos filhos tendendo a trivializa-las e a ignora-las ao invés de se focarem no significado das emoções e de promoverem a discussão das mesmas. Também caracterizado pela não-aceitação das emoções negativas nos filhos, o estilo desaprovador rejeita a expressão emocional, o que se traduz na crítica, julgamento, repreensão ou castigo dos filhos. Estes pais consideram que as emoções negativas devem ser controladas e que são um sinal de fraqueza.

A teoria da meta-emoção sugere que as filosofias meta-emocionais dos pais influenciam as capacidades de regulação emocional dos filhos, bem como os seus resultados. Gottman et al. (1996) verificaram que filhos de pais com um estilo treinador de emoções têm menos doenças, uma maior capacidade de regulação emocional, melhor desempenho escolar e relações mais positivas com os pais.

A partir da entrevista estruturada sobre meta-emoção para pais (Katz & Gottman, 1986), Gottman e Declaire (1997) desenvolveram a Parenting Styles Self-Test (PSST), um instrumento de autorresposta que avalia de que modo os pais pensam as emoções tristeza e raiva e como reagem. O seu objetivo é avaliar os estilos parentais de socialização emocional. Apesar da sua investigação apenas ter estudado o papel dos estilos de socialização emocional parental em filhos com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos, a PSST foi sugerida também para pais com filhos adolescentes. Os autores da escala não a estudaram psicometricamente, embora tenham surgido estudos posteriores.

Lee (1999) foi o primeiro autor a estudar as propriedades psicométricas da PSST, numa amostra de 89 mães e 11 pais. Na primeira passagem da escala os valores de *alfa* de Cronbach foram de .33 (*laissez-faire*), .62 (treinador de emoções), .76 (desvalorizador) e .81 (desaprovador) e na segunda passagem de .54, .54, .83 e .87, respetivamente. Neste estudo, o estilo parental treinador de emoções representou o estilo parental predominante em 91 dos 100 participantes na primeira passagem da escala. Deste modo, a autora sugeriu a existência de duas dimensões subjacentes aos estilos parentais propostos por Gottman e Declaire (1997). As dimensões propostas são de aprovação/desaprovação da expressão emocional e de resposta ativa/passiva que a expressão emocional gera. Enquanto os estilos parentais desvalorizador e desaprovador constituiriam uma forma de desaprovação de

emoções, os estilos parentais *laissez-faire* e treinador de emoções traduziriam a sua aprovação. Relativamente à resposta, os estilos desvalorizador e *laissez-faire* caracterizar-se-iam por serem uma resposta passiva e os estilos desaprovador e treinador de emoções uma resposta ativa. Numa avaliação qualitativa acerca da escala 25% dos participantes criticaram o formato de resposta dicotómica por restringir a possibilidade de respostas.

Posteriormente, Hakim-Larson, Parker, Lee, Goodwin e Voelker (2006), numa amostra de 21 mães e 10 pais, tendo em consideração o feedback dos participantes do estudo de Lee (1999), alteraram o formato de resposta para uma escala do tipo Likert, variando esta entre 1 (sempre falso) e 5 (sempre verdadeiro). Assim modificaram o nome da escala para *Emotion-Related Parenting Styles Self-Test-Likert* (ERPSST-L) e verificaram que a consistência interna da escala era aceitável, obtendo valores de *alfa* de .72 (*laissez-faire* e desvalorizador), .82 (treinador de emoções) e .91 (desaprovador).

Em 2012, Paterson et al. conduziram uma análise fatorial exploratória da ERPSST-L através da extração *principal axis factor* com rotação *direct oblimumini* em duas amostras de 107 mães: uma cujos filhos não tinham dificuldades desenvolvimentais e outra em que as apresentavam (e.g. dificuldades de aprendizagem). Nas duas amostras verificou-se a existência de 3 fatores comuns: treinador de emoções, rejeição parental de emoções negativas e aceitação parental de emoções positivas. Na amostra de filhos sem dificuldades desenvolvimentais a solução fatorial, com 34 itens, explicou 42.5% da variância total. Na amostra com dificuldades desenvolvimentais a escala apresentou um fator adicional, cujo conteúdo se refere a sentimentos de incerteza/ineficácia na socialização de emoções. Os quatro fatores desta solução fatorial incluíram 32 itens e explicaram 47% da variância total. Após este estudo foi apresentada uma versão breve da ERPSST-L constituída por 20 itens distribuídos por 4 fatores: treinador de emoções, rejeição parental de emoções negativas, aceitação parental de emoções positivas e sentimentos de incerteza/ineficácia na socialização de emoções. Cada fator incluiu os 5 itens que apresentavam saturações fatoriais mais elevadas em ambas as amostras, variando estas entre .91 e .30. De notar que os itens correspondentes aos estilos parentais desvalorizador e desaprovador da escala original convergiram num mesmo fator (rejeição parental de emoções negativas), e apenas dois itens relativos ao estilo parental *laissez-faire* da escala original foram mantidos. Os valores de consistência interna da escala final variaram entre .70 e .79. na amostra sem dificuldades desenvolvimentais e entre .76 e .81. na amostra com dificuldades desenvolvimentais.

A investigação acerca da influência dos estilos de socialização emocional propostos por Gottman e Declaire (1997) tem sido realizada sobretudo com pais com filhos crianças (Gottman et al., 1996; Katz & Windecker-Nelson, 2004; Katz & Windecker-Nelson, 2006). Porém, alguns estudos começam a mostrar que a filosofia meta-emocional dos pais se relaciona com a experiência emocional dos filhos adolescentes. Adolescentes cujas mães têm um estilo de socialização treinador de emoções mostraram ter uma auto-estima mais elevada e menos comportamentos agressivos, assim como menor humor disfórico em comparação com os filhos cujas mães têm uma filosofia meta emocional desvalorizadora (Katz e Hunter, 2007). Stocker et al. (2007) também encontraram que a filosofia meta-emocional treinador de emoções se relaciona com menor sintomatologia internalizante nos filhos. Quando as mães aceitam e guiam os filhos adolescentes quando estes expressam a emoção raiva, os adolescentes apresentaram uma melhor capacidade de regulação desta emoção e menos comportamentos externalizantes (Shortt, Stoolmiller, Smith-Shine, Eddy, & Sheeber, 2010).

Apenas se encontrou uma investigação (Gupta, 2012) que utilizou como instrumento de medida a escala original de resposta dicotómica. Nesta investigação apenas foram utilizados os fatores treinador de emoção e desvalorizador os quais obtiveram, respetivamente, valores de consistência interna de .71 e de .80. Verificou-se ainda que outros estudos recorreram à versão da PSST em formato de resposta *Likert* (Hakim-Larson et al., 2006) e à versão reduzida da escala de Paterson et al. (2012), ou que utilizaram outros instrumentos de medida, como a entrevista estruturada sobre meta-emoção parental (*Parent Meta-Emotion Interview*; Katz & Gottman, 1986), o questionário de estilos emocionais maternos (*Maternal Emotional Styles Questionnaire*; Lagacé-Séguin & Coplan, 2005), que foi adaptado da entrevista de meta-emoção revista de Katz e Gottman (1999), a escala que avalia a forma como os pais lidam com a experiência emocional negativa das crianças (*Coping with Children Negative Emotions*, Fabes, Poulin, Eisenberg, & Madden-Derdich, 2002), e o teste de afeto dos pais (*Parent Affect Test*; Linehan, Paul, & Egan, 1983).

O objetivo deste estudo é o de examinar algumas propriedades psicométricas da PSST (Gottman & Declaire, 1997). Pretende-se estudar a estrutura fatorial e a consistência interna da escala numa amostra de pais com filhos adolescentes em Portugal.

2. MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, analítico e transversal.

2.1 Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 355 pais, 231 mães (65.07%) e 124 pais (34.93%). As suas idades variaram entre os 33 e os 60 anos ($M = 45.57$; $DP = 4.31$), verificando-se que as idades não apresentaram diferenças significativas tendo em conta o género ($t_{(345)} = -.709$, $p = .479$). Relativamente aos filhos, 58.7% eram do género feminino (202 raparigas) e 41.3% do género

masculino (142 rapazes). As idades dos filhos variaram entre os 14 e os 20 anos ($M= 16.23$; $DP= 1.66$), verificando-se que as raparigas ($M= 16.43$, $DP= 1.63$) eram ligeiramente mais velhas ($t_{(341)}= 2.53$, $p= .012$) do que os rapazes ($M= 15.97$, $DP= 1.68$). A maioria dos filhos (92.09%) tinha idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

A PSST (*Parenting Styles Self-Test*) é um instrumento de autorresposta que pretende avaliar o estilo parental de socialização emocional baseado na teoria da filosofia meta-emocional de Gottman e Declaire (1997).

O instrumento é composto por 81 itens, correspondendo 23 itens ao estilo emocional treinador de emoções, 10 itens ao *laissez-faire*, 25 itens ao desvalorizador e 23 itens ao desaprovador. O formato de resposta é dicotómico (Verdadeiro/Falso), sendo que os itens assinalados com V (verdadeiro) são pontuados com 1. Estas pontuações são somadas em cada fator e divididas pelo nº de itens do fator correspondente. O resultado mais elevado corresponde ao estilo parental predominante do progenitor que responde.

2.4 Procedimentos

A Comissão Nacional de Proteção de Dados e o Comité de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra aprovaram este estudo.

A amostra deste estudo foi recolhida por alunos do curso de Psicologia como parte de uma tarefa não obrigatória incluída numa unidade curricular. O critério de seleção destes alunos requeria que tivessem uma de idade máxima de 20 anos ou pais que tivessem outro filho com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos. Também se recorreu a alunos de escolas privadas de inglês e a movimentos juvenis, que tivessem jovens na faixa etária referida. O protocolo de avaliação dos pais era entregue aos alunos num envelope, no qual se encontrava também uma carta explicativa acerca dos objetivos da investigação e com a indicação de devolverem o envelope selado aos filhos após o preenchimento do protocolo. Posteriormente, os envelopes eram recolhidos pelos investigadores nas escolas ou sede dos movimentos.

Para estudar as propriedades psicométricas da PSST recorreu-se ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*. Executou-se uma Análise Fatorial Exploratória, recorrendo-se à Análise em Componentes Principais seguida de rotação oblíqua (*direct oblimin*). A retenção dos fatores foi efetuada tendo em conta a análise do *scree plot* e o critério de Kaiser (valores próprios superiores a 1). O critério utilizado relativamente às saturações fatoriais foi o de Tabachnick e Fidell (2013) que consideram que valores superiores ou iguais a .32 constituem o valor mínimo para que um item possa ser interpretado num determinado fator. Estudou-se a fiabilidade da escala por meio do alfa de *Cronbach*. Analisou-se a magnitude das correlações de cada item com o total da escala.

3. RESULTADOS

A Análise de Componentes Principais com rotação *direct oblimin* resultou na extração de 25 fatores, porém a distribuição dos itens não fazia sentido teoricamente. Deste modo, de acordo com a estrutura proposta por Gottman & Declaire (1997), forçou-se a escala à extração de 4 fatores que explicava 27.37% da variância total, mas não era interpretável teoricamente. De acordo com a hipótese de Lee (1999) de que os estilos parentais poderiam representar duas dimensões, forçou-se uma solução com dois fatores. Porém, esta não se revelou exequível, uma vez que explicava apenas 18.86% da variância total da escala. Exploraram-se ainda soluções fatoriais de acordo com os critérios utilizados por Paterson et al. (2012), porém a consistência interna dos fatores extraídos revelava-se mais baixa (entre .66 e .82) do que as da solução que é apresentada. Na solução forçada à extração de 4 fatores verificava-se no *scree plot* uma grande inflexão do fator 3 para o fator 4. Explorou-se assim uma solução forçada a 3 fatores que apesar de explicar apenas 23.90% da variância total, apresentou um padrão lógico na distribuição dos itens.

As saturações fatoriais de 25 itens encontravam-se abaixo de .32, pelo que se procedeu à sua eliminação (8 itens que originalmente pertenciam ao estilo parental desvalorizador; 7 itens que pertenciam ao desaprovador; 6 itens que pertenciam ao *laissez-faire*; 4 itens que pertenciam ao treinador de emoções). Após concluído este procedimento, eliminaram-se 8 itens que saturavam em fatores que não fazia sentido teoricamente. Depois de retirados estes itens, a solução final explica 31.43% da variância total e apresenta saturações fatoriais entre .35 e .77. Foram encontrados 3 fatores: fator 1- estilo reprovador (explica 13.75% da variância total e representa a junção dos estilos parentais desvalorizador e desaprovador da escala original.), fator 2 - estilo explorador (explica 11.41% da variância total) e fator 3 - estilo aceitador (explica 6.27% variância total). Os itens que compõem o fator 2 e 3 são originários do estilo parental treinador de emoções, pelo que nenhum dos fatores apresenta itens relativos ao estilo parental *laissez-faire*.

Tabela 1. Pesos fatoriais e Comunalidades (h²) (N = 355)

Itens	F1	F2	F3	h ²
F1. Estilo reprovador				
48. Os miúdos zangam-se para levar a sua avante.	.66			.43
50. Se deixarmos que os miúdos se zanguem, vão pensar que podem levar sempre a sua vontade avante.	.63			.40
47. Se permitirmos à criança que expresse ira (raiva) ela desenvolverá um mau génio/ ficará uma pessoa embirrenta.	.62			.43
3. As crianças que agem como se estivessem tristes, usualmente estão a tentar que os adultos sintam pena delas.	.55			.31
68. Quando o meu filho está zangado, penso: "Porque é que ele não aceita as coisas como elas são?".	.55			.32
11. As crianças agem como se estivessem tristes para levar a sua avante.	.53			.29
45. Não penso que seja correto uma criança mostrar ira (raiva ou que está zangado).	.52			.33
49. Quando o meu filho fica zangado, fico preocupado com a possibilidade de vir a ter tendências destrutivas.	.50			.30
82. Crianças birrentas (raivosas) tornam-se desrespeitadoras.	.49			.26
22. Quando o meu filho age com tristeza, é para obter atenção.	.47			.31
19. Penso que quando os miúdos estão tristes, é porque sobrevalorizaram as coisas negativas da vida.	.46			.23
27. As crianças têm poucos motivos para ficarem zangadas.	.46			.25
67. Quando o meu filho está zangado, eu penso: "Se ele ao menos aprendesse com os socos da vida?".	.46			.28
60. A ira (raiva ou zanga) não serve para nada.	.45			.31
40. Quando o meu filho fica triste, eu chamo-lhe a atenção para que ele não se torne numa má pessoa.	.44			.26
1. As crianças têm muito poucas razões para estarem tristes.	.43			.20
13. A tristeza é o tipo de coisa que se deve ultrapassar, esconder, e não perder muito tempo com isso.	.43			.25
32. A infância é uma fase de divertimento e alegria, não um tempo para sentir se sentir tristeza ou ira (raiva ou zanga).	.43			.22
24. A ira (raiva ou zanga) das crianças, advém da sua falta de compreensão e imaturidade.	.41			.20
46. As pessoas raivosas estão fora de controlo.	.41			.20
55. Quando o meu filho fica zangado, penso que é altura para levar uma palmada.	.41			.20
9. Quando se ignora a tristeza de uma criança ela tende a desaparecer e a criança retoma a sua vida.	.40			.22
41. Quando o meu filho está triste fico preocupado com a possibilidade dele desenvolver uma personalidade negativista/ pessimista.	.39			.19
59. Quando estou zangado, sinto que vou explodir.	.39			.20
66. Quando o meu filho fica zangado comigo, eu penso: "Não quero escutar isto".	.39			.20
58. Quando o meu filho se zanga, usualmente não levo isso a sério.	.38			.19
53. A ira (raiva ou zanga) tende a deturpar o meu julgamento e faço coisas de que me arrependo.	.37			.24
14. Eu não me importo em ter que lidar com a tristeza de uma criança, desde que ela não dure muito tempo.	.36			.15
56. Quando o meu filho fica zangado, o meu objetivo é conseguir que pare.	.35			.22
F2. Estilo explorador				
34. Quando o meu filho está triste, ajudo-o a descobrir as razões desse sentimento.		.77		.58
31. O mais importante é perceber o porquê da criança se sentir triste.		.72		.52
28. Quando o meu filho está triste tento ajudá-lo a explorar o que o levou a ficar assim.		.71		.50
29. Quando o meu filho está triste, mostro-lhe que compreendo o que está a sentir.		.68		.47
43. Quando o meu filho está zangado, tento compreender o que está a sentir.		.68		.48
65. É importante ajudar a criança a descobrir o que lhe causou ira (raiva ou zanga).		.67		.45
39. O mais importante é perceber o porquê da criança se sentir zangada.		.66		.43
71. Quando o meu filho está zangado, quero saber no que ele está a pensar.		.65		.44
64. Quando o meu filho "perde a cabeça", tento perceber o que o fez ficar tão zangado.		.61		.39
33. Quando o meu filho está triste, sentamo-nos os dois para falarmos acerca disso.		.60		.37
23. Quando o meu filho está zangado (com raiva ou ira) vale a pena explorar o que está a sentir.		.37		.17

Itens	F1	F2	F3	h2
F3. Estilo aceitador				
37. Eu quero que o meu filho tenha a experiência da ira (raiva ou zanga) ou do que é estar zangado (raivoso).			.68	.49
69. Quero que o meu filho se zangue para aprender a se defender.			.59	.36
26. Quando o meu filho está triste, é uma oportunidade para me aproximar dele.			.57	.38
38. Eu penso que é bom para os miúdos por vezes se sentirem zangados.			.57	.33
35. Quando o meu filho está zangado, é uma oportunidade para ficarmos mais próximos.			.55	.34
30. Eu quero que o meu filho tenha a experiência de tristeza ou do que é estar triste.			.53	.29
62. A ira (raiva) da criança é importante.			.43	.31
54. Quando o meu filho está zangado, é altura para resolver os problemas.			.38	.21

A análise da correlação dos fatores da PSST revelou que o estilo reprovador se relaciona negativamente com os estilos explorador e aceitador de emoções, e que estes dois estilos se relacionam positivamente entre si (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Valores do r de Pearson entre os fatores da PSST

	Estilo reprovador	Estilo explorador
Estilo reprovador	1	
Estilo explorador	-.02	1
Estilo aceitador	-.05	.13*

Nota. $p = .012$

Estudaram-se as propriedades dos itens através das médias e desvios-padrão do item, de correlações item-total e do valor do α de Cronbach quando esse item é eliminado. As correlações item-total encontraram-se acima de .20, variando as mesmas entre .26 e .70 (cf. Tabela 3).

A consistência interna da escala, avaliada através do cálculo do alfa de Cronbach, revelou bons valores de alfa no fator 1 (.87) e no fator 2 (.85), e um valor razoável para o fator 3 (.71) (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Médias (M) e Desvios-padrão (DP), Correlações Item-total (r), Alfa de Cronbach quando o item é eliminado (α), e Alfa de Cronbach dos fatores

Itens	M	DP	r	α
F1. Estilo reprovador ($\alpha = .87$)				
48. Os miúdos zangam-se para levar a sua avante.	.45	.50	.58	.86
50. Se deixarmos que os miúdos se zanguem, vão pensar que podem levar sempre a sua vontade avante.	.32	.47	.55	.86
47. Se permitirmos à criança que expresse ira (raiva) ela desenvolverá um mau génio/ ficará uma pessoa embirrenta.	.33	.47	.54	.86
3. As crianças que agem como se estivessem tristes, usualmente estão a tentar que os adultos sintam pena delas.	.41	.49	.49	.86
68. Quando o meu filho está zangado, penso: "Porque é que ele não aceita as coisas como elas são?"	.43	.50	.48	.86
11. As crianças agem como se estivessem tristes para levar a sua avante.	.42	.50	.47	.86
45. Não penso que seja correto uma criança mostrar ira (raiva ou que está zangado).	.31	.46	.45	.86
49. Quando o meu filho fica zangado, fico preocupado com a possibilidade de vir a ter tendências destrutivas.	.33	.47	.43	.86
82. Crianças birrentas (raivosas) tornam-se desrespeitadoras.	.52	.50	.42	.86
22. Quando o meu filho age com tristeza, é para obter atenção.	.21	.40	.42	.86
19. Penso que quando os miúdos estão tristes, é porque sobreevalorizaram as coisas negativas da vida.	.45	.50	.40	.86
27. As crianças têm poucos motivos para ficarem zangadas.	.39	.49	.42	.86
67. Quando o meu filho está zangado, eu penso: "Se ele ao menos aprendesse com os socos da vida?"	.46	.50	.39	.86
60. A ira (raiva ou zanga) não serve para nada.	.58	.49	.39	.86
40. Quando o meu filho fica triste, eu chamo-lhe a atenção para que ele não se torne numa má pessoa.	.55	.50	.37	.87
1. As crianças têm muito poucas razões para estarem tristes.	.49	.50	.37	.87
13. A tristeza é o tipo de coisa que se deve ultrapassar, esconder, e não perder muito tempo com isso.	.21	.41	.37	.87
32. A infância é uma fase de divertimento e alegria, não um tempo para sentir se sentir tristeza ou ira (raiva ou zanga).	.74	.44	.38	.87
24. A ira (raiva ou zanga) das crianças, advém da sua falta de compreensão e imaturidade.	.43	.50	.35	.87
46. As pessoas raivosas estão fora de controlo.	.49	.50	.36	.87
55. Quando o meu filho fica zangado, penso que é altura para levar uma palmada.	.22	.42	.36	.87
9. Quando se ignora a tristeza de uma criança ela tende a desaparecer e a criança retoma a sua vida.	.18	.39	.36	.87
41. Quando o meu filho está triste fico preocupado com a possibilidade dele desenvolver uma personalidade negativista/				

Itens	M	DP	r	α
F1. Estilo reprovador ($\alpha = .87$)				
pessimista.	.62	.49	.34	.87
59. Quando estou zangado, sinto que vou explodir.	.46	.50	.34	.87
66. Quando o meu filho fica zangado comigo, eu penso: "Não quero escutar isto".	.21	.41	.34	.87
58. Quando o meu filho se zanga, usualmente não levo isso a sério.	.35	.48	.34	.87
53. A ira (raiva ou zanga) tende a deturpar o meu julgamento e faço coisas de que me arrependo.	.59	.49	.32	.87
14. Eu não me importo em ter que lidar com a tristeza de uma criança, desde que ela não dure muito tempo.	.37	.49	.31	.87
56. Quando o meu filho fica zangado, o meu objetivo é conseguir que pare.	.70	.46	.31	.87
F2. Estilo explorador ($\alpha = .85$)				
34. Quando o meu filho está triste, ajudo-o a descobrir as razões desse sentimento.	.89	.32	.71	.82
31. O mais importante é perceber o porquê da criança se sentir triste.	.95	.23	.62	.83
28. Quando o meu filho está triste tento ajudá-lo a explorar o que o levou a ficar assim.	.95	.23	.62	.83
29. Quando o meu filho está triste, mostro-lhe que compreendo o que está a sentir.	.93	.26	.60	.83
43. Quando o meu filho está zangado, tento compreender o que está a sentir.	.92	.27	.59	.83
65. É importante ajudar a criança a descobrir o que lhe causou ira (raiva ou zanga).	.96	.19	.56	.84
39. O mais importante é perceber o porquê da criança se sentir zangada.	.91	.29	.55	.83
71. Quando o meu filho está zangado, quero saber no que ele está a pensar.	.90	.31	.58	.83
64. Quando o meu filho "perde a cabeça", tento perceber o que o fez ficar tão zangado.	.91	.28	.51	.84
33. Quando o meu filho está triste, sentamo-nos os dois para falarmos acerca disso.	.86	.35	.51	.84
23. Quando o meu filho está zangado (com raiva ou ira) vale a pena explorar o que está a sentir.	.75	.43	.31	.87
F3. Estilo aceitador ($\alpha = .71$)				
37. Eu quero que o meu filho tenha a experiência da ira (raiva ou zanga) ou do que é estar zangado (raivoso).	.34	.48	.55	.64
69. Quero que o meu filho se zangue para aprender a se defender.	.42	.49	.38	.68
26. Quando o meu filho está triste, é uma oportunidade para me aproximar dele.	.57	.50	.46	.66
38. Eu penso que é bom para os miúdos por vezes se sentirem zangados.	.62	.49	.43	.67
35. Quando o meu filho está zangado, é uma oportunidade para ficarmos mais próximos.	.46	.50	.41	.68
30. Eu quero que o meu filho tenha a experiência de tristeza ou do que é estar triste.	.58	.49	.43	.67
62. A ira (raiva) da criança é importante.	.53	.50	.26	.71
54. Quando o meu filho está zangado, é altura para resolver os problemas.	.48	.50	.27	.71

As diferenças de género quanto aos estilos parentais adotados pelos pais de ambos os géneros foram estudadas através de testes t de Student. Verificou-se que não existiram diferenças significativas nos estilos reprovador e aceitador. Quanto ao estilo explorador encontraram-se diferenças significativas, apresentando as mães valores mais elevados do que os pais. Tabela 4).

Table 4. Diferenças entre género nos três fatores da PSST

	Mães (n = 231)		Pais (n = 124)		t	p	d
	M	DP	M	DP			
Estilo reprovador	.43	.22	.41	.23	.59	.58	.00
Estilo explorador	.93	.15	.85	.23	3.43	.001	.03
Estilo aceitador	.49	.28	.53	.29	-1.20	.23	.00

4. DISCUSSÃO

A Análise Fatorial Exploratória revelou uma estrutura distinta da escala original, sendo constituída a versão portuguesa da PSST por três fatores.

O primeiro fator, estilo reprovador, representa um estilo parental que não aceita e que rejeita as emoções negativas nos filhos. O segundo fator, estilo explorador de emoções, caracteriza-se pela tentativa de descobrir o que desencadeou a experiência emocional negativa. Assim, a experiência emocional negativa não é criticada, mas os pais não parecem adotar comportamentos que ensinem estratégias de regulação emocional de modo a facilitar a compreensão da experiência de emocionalidade negativa, limitando-se apenas a explorar as suas causas. O terceiro fator, estilo aceitador, encara as emoções negativas como naturais e positivas para o desenvolvimento, bem como uma oportunidade para o estabelecimento de proximidade com os filhos. Porém, não fica explícita a forma como os pais aproveitam essa oportunidade.

No que concerne às características psicométricas da versão portuguesa da PSST, os três fatores explicaram 31.43% da variância total. O estilo reprovador explicou 13.75% da variância total e é composto por 29 itens, o estilo explorador apresenta 11 itens e explica 11.41% da variância total, e o estilo aceitador contém 8 itens e explica 6.27% da variância total. Os itens apresentam

boas correlações item-total, acima de .26, e distribuem-se segundo um padrão teórico congruente nos diversos fatores. Dois fatores apresentam bons valores de consistência interna (estilo reprovador: $\alpha = .87$; estilo explorador: $\alpha = .85$), mas o estilo aceitador não apresentou valores tão elevados ($\alpha = .71$).

No que respeita à associação entre os fatores, encontrou-se uma associação negativa entre o estilo parental reprovador de emoções e os estilos parentais explorador e aceitador de emoções, sugerindo que os pais que se descrevem como reprovadores não revêm em si as características dos estilos explorador ou aceitador. Por outro lado, estes dois últimos fatores estão associados positiva e significativamente, sugerindo que quando se obtém pontuação elevada num, obtém-se pontuação elevada noutra. Esta associação é adequada teoricamente, já que ambos os fatores pressupõem a aceitação da experiência de emoções negativas e parecem constituir estilos de socialização emocional que visam ajudar os filhos a lidar com as suas emoções negativas.

À semelhança do que aconteceu em estudos prévios (Lee, 1999; Paterson et al., 2012), os fatores desvalorizador e reprovador da escala original aglutinaram-se num só. Deste modo, os itens destes fatores parecem representar apenas a rejeição da experiência emocional negativa, ao invés de dois estilos parentais distintos (Paterson et al., 2012). Além disto, Gottman e Declaire (1997) pressupõem que estes dois estilos parentais têm as mesmas consequências nos filhos, o que se verificou no estudo de Hakim-Larson et al. (2006). O estilo parental laissez-faire não se manteve na versão da PSST e nenhum dos itens que o constituíam foi retido. De facto, é possível verificar que nos diversos estudos acerca das propriedades psicométricas da escala (Hakim-Larson et al., 2006; Lee, 1999) este fator apresentava os valores de consistência interna mais baixos. Assim, os itens que compõem os estilos explorador e aceitador na versão portuguesa da PSST provêm apenas do fator da escala original treinador de emoções. Não obstante, é de realçar que o conteúdo dos mesmos não parece refletir claramente as verdadeiras características de pais treinadores de emoções, tal como Gottman e Declaire (1997) os conceptualizaram. Os itens não têm presentes as características de um estilo parental treinador de emoções que além de aceitar, também empatiza e valida emoções, e ensina a identificá-las e a regulá-las. A par disto, verificou-se ainda que em nenhuma versão da PSST existem itens sobre outras emoções negativas para além da tristeza e da raiva que também constam do reportório emocional dos filhos e às quais os pais também respondem, como a ansiedade e a frustração.

A PSST, construída sobre o modelo teórico das filosofias meta-emocionais, apresenta-se como uma mais-valia para os contextos de avaliação, de prevenção e de intervenção com pais de filhos na adolescência, etapa desenvolvimental para a qual não parecem existir muitas investigações que estudem o papel dos estilos parentais na regulação das emoções nos adolescentes. Deste modo, o presente investigação constitui um passo inicial no estudo e na adaptação das propriedades psicométricas da PSST numa amostra da população portuguesa, que acrescenta dados aos já existentes e que propõe sobre futuras linhas de investigação.

CONCLUSÕES

Este estudo investigou a dimensionalidade da PSST– Versão Portuguesa, um instrumento de avaliação dos estilos parentais relacionados com as emoções. Na amostra portuguesa a escala revelou três fatores (estilos parentais desaprovador, explorador e aceitador de emoções), pelos quais se distribuem 48 itens. No geral a escala apresentou bons valores de consistência interna (estilos parentais reprovador: $\alpha = .87$, explorador: $\alpha = .85$, aceitador: $\alpha = .71$).

Apresentam-se, em seguida, as limitações deste estudo e orientações para investigações futuras. Uma potencial limitação decorre da predominância de pais do género feminino, pelo que em estudos posteriores seria importante ter amostras mais equilibradas. Por outro lado, o tamanho da amostra do presente estudo encontra-se dentro dos critérios estabelecidos para fazer um estudo psicométrico, em comparação com outras investigações (Hakim-Larson et al., 2006; Lee, 1999; Paterson et al., 2012) que apresentavam amostras mais pequenas. A validade convergente e divergente desta versão da PSST não foi analisada, devendo também ser estudada em investigações futuras. Do mesmo modo, seria importante estudar a estabilidade temporal e realizar uma análise confirmatória da estrutura obtida. Tendo em consideração a ausência de um fator que traduza o estilo parental treinador de emoções, como foi proposto por Gottman e Declaire (1997), poderia ser interessante desenvolver itens que o representassem distintamente e também incluir itens acerca de outras emoções, de modo a analisar o estilo de socialização que os pais apresentam perante as mesmas. A inclusão destes itens permitiria fazer uma análise mais acurada sobre a forma como os pais poderão lidar diferencialmente com várias emoções. Também seria importante estudar outras versões da escala, nomeadamente a ERPSST-L, de modo a encontrar a estrutura de resposta (tipo Likert ou dicotómica) que melhor se adegue à população portuguesa.

CONFLITO DE INTERESSES

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

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer a todos os participantes que permitiram a concretização deste estudo e à Fundação Realan (USA) que contribuiu para o seu financiamento. Inicialmente esta investigação foi fundada pela FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no contexto do projeto “Prevenção da depressão em adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais” (PTDC/MHC-PCL/4824/2012).

REFERÊNCIAS

- Fabes, R. A., Poulin, R. E., Eisenberg, N., & Madden-Derdich, D. A. (2002). The Coping with Children’s Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children’s emotional competence. *Marriage & Family Review*, 34(3-4), 285-310. doi:10.1300/J002v34n03_05
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London, England: Sage Publications, Inc.
- Gottman, J. M., & Declaire, J. (1997). *The heart of parenting: How to raise an emotionally intelligent child*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243-268. doi:10.1037/0893-3200.10.3.243
- Gupta, D. (2012). *Cultural differences in maternal emotion socialization of anxiety and anger in young children: Links with temperament* (Doctoral dissertation). Retrieved from http://digilib.gmu.edu/xmlui/bitstream/handle/1920/8093/Gupta_gmu_0883E_10218.pdf?sequence=1
- Hakim-Larson, J., Parker, A., Lee, C., Goodwin, J., & Voelker, S. (2006). Measuring parental meta-emotion: psychometric properties of the emotion-related parenting styles self-test. *Early Education & Development*, 17(2), 229-251. doi: 10.1207/s15566935eed1702_2
- Katz, L. F., & Hunter, E. C. (2007). Maternal meta-emotion philosophy and adolescent depressive symptomatology. *Social Development*, 16(2), 343-360. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00388.x
- Katz, L. F., Maliken, A. C., & Stettler, N. M. (2012). Parental meta-emotion philosophy: a review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives*, 6(4), 417-422. doi:10.1111/j.1750-8606.2012.00244.x
- Katz, L. F., & Windecker-Nelson, B. (2004). Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: links with peer relations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(4), 385-398. doi: 10.1023/b:jacp.0000030292.36168.30
- Katz, L. F., & Windecker-Nelson, B. (2006). Domestic violence, emotion coaching, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 56-67. doi:10.1037/0893-3200.20.1.56
- Klimes-Dougan, B., Brand, A. E., Zahn-Waxler, C., Usher, B., Hastings, P. D., Kendziora, K., & Garside, R. B. (2007). Parental emotion socialization in adolescence: differences in sex, age and problem status. *Social Development*, 16(2), 326-342. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00387.x
- Lagace-Seguin, D. G., & Coplan, R. J. (2005). Maternal emotional styles and child social adjustment: Assessment, correlates, outcomes and goodness of fit in early childhood. *Social Development*, 14(4), 613-636. doi:10.1111/j.1467-9507.2005.00320.x
- Lee, C. H. (1999). *The parenting styles self-test: reliability and construct validity* (Master's thesis, University of Windsor, Ontario, Canada). Retrieved from <http://scholar.uwindsor.ca/etd/4142/>
- Linehan, M. M., Paul, E., & Egan, K. J. (1983). The parent affect test: Development, validity, and reliability. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12(2), 161-166. doi:10.1080/15374418309533125
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Sintra, Portugal: Report Number.
- Osborne, J. W., Costello, A. B., & Kellow, J. T. (n.d.). Best practices in exploratory factor analysis. *Best Practices in Quantitative Methods*, 86-99. doi:10.4135/9781412995627.d8

- Paterson, A. D., Babb, K. A., Camodeca, A., Goodwin, J., Hakim-Larson, J., Voelker, S., & Gragg, M. (2012). Emotion-related parenting styles (ERPS): a short form for measuring parental meta-emotion philosophy. *Early Education & Development*, 23(4), 583-602. doi:10.1080/10409289.2011.569316
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Shortt, J. W., Stoolmiller, M., Smith-Shine, J. N., Mark Eddy, J., & Sheeber, L. (2010). Maternal emotion coaching, adolescent anger regulation, and siblings' externalizing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 799-808. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02207.x
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.
- Stocker, C. M., Richmond, M. K., Rhoades, G. K., & Kiang, L. (2007). Family emotional processes and adolescents' adjustment. *Social Development*, 16(2), 310-325. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00386.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). NJ: Pearson Education.
- Yong, A. G., & Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 9(2), 79-94. doi:10.20982/tqmp.09.2.p079



ENGENHARIAS, TECNOLOGIA, GESTÃO E TURISMO
ENGINEERING, TECHNOLOGY, MANAGEMENT AND
TOURISM
INGENIERÍA, TECNOLOGÍA, ADMINISTRACIÓN Y
TURISMO

millenium

A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE
HUMANIZATION OF CARE PATIENTS IN HEMODIALYSIS PROGRAMM
LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS

71
71
71

A HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES EM HEMODIÁLISE

HUMANIZATION OF CARE PATIENTS IN HEMODIALYSIS PROGRAMM

LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS

Cristina Moura¹

Helena Penaforte¹

Catarina Ribeiro²

Catarina Sequeira¹

Maria Saraiva³

Manuela Martins⁴

¹Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, Chaves, Portugal

²Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

³Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

Cristina Moura - cmoura@esechaves.pt | Helena Penaforte - nepenaforte@gmail.com | Catarina Ribeiro - catarinarenata@sapo.pt | Catarina Sequeira - csequeira@esechaves.pt | Maria Saraiva - mlnunes@esechaves.pt | Manuela Martins - mmartins@esenf.pt

Autor Correspondente

Cristina Moura

Quinta dos Montalvões – Outeiro Seco

5400-673 Chaves

cmoura@esechaves.pt

RECEBIDO: 04 de setembro de 2016

ACEITE: 12 de janeiro de 2017

RESUMO

Introdução: A concepção sobre a privacidade do cuidar em hemodiálise salienta que a pessoa é um ser no mundo que comporta várias dimensões, interage com o meio ambiente e vivencia experiências únicas que marcam a sua individualidade.

Objetivo: Identificar os focos de atenção nas práticas de cuidados prestados aos pacientes em programa regular de hemodiálise, que garantam o respeito pela sua individualidade e privacidade.

Métodos: Recorreu-se à abordagem qualitativa, seguindo os preceitos da fenomenografia, utilizando-se entrevista semiestruturada com uma questão aberta: Os pacientes em Programa Regular de Hemodiálise têm uma assistência médica, de enfermagem e de assistentes operacionais que garanta o respeito pela sua individualidade e privacidade? Efetuadas entrevistas a 12 profissionais de saúde a desempenhar funções em unidades de hemodiálise, cuja análise e interpretação dos dados, apresentaram como foco a descrição dos significados qualitativamente diferentes em dimensões de variação.

Resultados: Os profissionais de saúde desvelam atenção sobre a preservação da privacidade do cuidar em hemodiálise, nas práticas de cuidados, traduzidos pelas dimensões, espaço físico, exposição corporal, humanização dos cuidados e comunicação.

Conclusões: Nas dimensões percebidas, sobre preservação da privacidade durante os procedimentos em hemodiálise, os profissionais de saúde enfocam a atenção, que pela sua natureza e sequência revelam preocupações durante a execução dos procedimentos. O respeito pela individualidade e privacidade, considerados como necessidades humanas básicas a promover e a sua preservação, representam-se cuidados relevantes como garantia do respeito pelos pacientes em programa regular de hemodiálise.

Palavras-chave: Privacidade; Cuidados de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The design on the privacy in hemodialysis stresses that the person is a being in the world that has various dimensions, interacts with the environment and experiences unique experiences that mark their individuality.

Objective: To identify the focus of attention on the practices of care for patients in regular hemodialysis program, guaranteeing respect for their individuality and privacy.

Methods: resorted to the qualitative approach, following the precepts of fenomenografia, using semi-structured interviews with only one open question: Patients in Hemodialysis regular program have a medical, nursing and operational assistants to ensure respect for their individuality and privacy? Twelve health professionals were interviewed to perform functions in hemodialysis units, whose analysis and interpretation of the data presented as a focus the description of the qualitatively different meanings in variation dimensions.

Results: Health care professionals reveal the preservation of the privacy of care in hemodialysis, in the care practices, translated by dimensions, physical space, body exposure, humanization of care and communication.

Conclusions: In the perceived dimensions, on the preservation of privacy during procedures on hemodialysis, healthcare professionals value the focus of attention which by their nature and sequence invoke concerns over the implementation of the procedures. Respect for individuality and privacy are considered a basic human need to be promoted and their preservation is an important care to guarantee respect for patients on regular hemodialysis.

Key words: Privacy; Health Care; Nursing.

RESUMÉN

Introducción: El diseño en la privacidad de la atención en la hemodiálisis hace hincapié en que la persona es un ser en el mundo que tiene varias dimensiones, interactúa con el medio ambiente y experimenta experiencias únicas que marcan su individualidad.

Objetivo: Identificar el foco de atención en las prácticas de atención a los pacientes en programa de hemodiálisis periódica, garantizando el respeto a su individualidad y privacidad.

Métodos: recurrió al enfoque cualitativo, siguiendo los preceptos de fenomenografía, a través de entrevistas semiestructuradas con sólo una cuestión abierta: Los pacientes en hemodiálisis programa regular tienen un médico, de enfermería y asistentes operativos para garantizar el respeto de los su individualidad y la privacidad? Las entrevistas se llevaron a cabo a 12 profesionales de la salud para realizar funciones en las unidades de hemodiálisis, cuyo análisis e interpretación de los datos presentados se centró en la descripción de cualitativamente diferentes significados en diferentes dimensiones.

Resultados: Los profesionales de salud revelan la atención en la preservación de la privacidad de la atención en hemodiálisis, en las prácticas de atención, traducidos por las dimensiones, espacio físico, visualización cuerpo, de humanización de la atención y la comunicación.

Conclusiones: En las dimensiones percibidas, en la preservación de la privacidad durante los procedimientos en hemodiálisis, los profesionales sanitarios valoran el foco de atención que por su naturaleza y secuencia de invocar la preocupación por la aplicación de los procedimientos. El respeto a la individualidad y la privacidad son considerados una necesidad humana básica para ser promovidos y su preservación es una atención importante para garantizar el respeto de los pacientes en hemodiálisis periódica.

Palabras clave: Privacidad; Cuidado de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A percepção sobre a privacidade durante as práticas do cuidar evidencia a pessoa como um ser no mundo que comporta várias dimensões, interage com o meio ambiente e vivencia experiências únicas que marcam a sua individualidade (Watson, 2008). A essência da enfermagem, bem como a de outras áreas do conhecimento pressupõe, a princípio, uma compreensão das necessidades do outro e o seu significado, orientando as suas práticas pelos valores essenciais à natureza humana.

O “Cuidar da pessoa” e o “tocar o corpo” são também interações terapêuticas que dizem respeito à privacidade e, por isso, ultrapassam as obrigações tradicionais da reserva de informações relativas à pessoa e inscrevem-se no âmbito de um dever de respeito pela dignidade humana. No cuidado de enfermagem acontece, muitas vezes, a exposição física, a comunicação de dados pessoais, verbalizados ou não, que “tocam a vida”. O essencial da ciência e da arte dos cuidados é preservar a intimidade. O desrespeito pela privacidade constitui uma ameaça real ao equilíbrio interno de cada ser humano, impedindo de responder às suas necessidades fundamentais e, conseqüentemente, resolver os seus conflitos internos (Watson, 2002).

Apesar do esforço dos profissionais de saúde no sentido de humanizar o cuidado, esta tarefa é difícil nas unidades de hemodiálise, uma vez que requer atitudes individuais e coletivas para que sejam respeitadas a privacidade, a individualidade e a dignidade dos pacientes. Estes, além do sofrimento pelo comprometimento biológico, demonstram desconforto e constrangimento ao ficarem muitas vezes expostos pela invasão da sua intimidade. A perda da privacidade pode conduzir a um elevado aumento dos níveis de stresse e de sofrimento durante o tratamento. Assumimos a privacidade como uma necessidade humana básica a ser promovida, pelo que preservá-la apresenta-se como um valor e um direito, garantindo o respeito pelo paciente (Soares & Dall’Agnol, 2011).

A preocupação com a privacidade tem sido objeto de várias investigações a nível mundial (Leino-Kilpi, Välimäki, Dassen, Gasull, Lemonidou & Schopp, 2003; Baggio, Pomatti, Bettinelli & Erdmann, 2011), visando garantir a sua preservação como um direito universal. Em Portugal é garantida e assegurada pela Constituição da República Portuguesa, nos artigos 26 e 64; na Carta dos Direitos dos Pacientes Internados (ponto 11); na Organização das Nações Unidas e na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1984, artigo 12º.

A curiosidade em estudar esta temática resultou de várias inquietações e reflexões do percurso profissional dos autores nos vários contextos, quer a nível das práticas clínicas, bem como na docência, no que concerne a todas as questões que envolvem a privacidade dos pacientes em tratamento hemodialítico. Centrando a atenção nestas preocupações, o propósito da presente investigação é obter o ponto de vista de um determinado grupo de profissionais de saúde que possuem experiência em relação ao fenómeno da preservação da privacidade do cuidar em hemodiálise, de forma a obter uma visão holística do conjunto de percepções qualitativamente diferentes. Neste sentido, objetiva-se identificar os focos de atenção das práticas de cuidados prestados aos pacientes em programa regular de hemodiálise, que garantam o respeito pela sua individualidade e privacidade.

1. MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo qualitativo, descritivo do tipo exploratório e analítico, seguindo os preceitos da fenomenografia, recorrendo ao uso de entrevista com apenas uma questão aberta: os pacientes em Programa Regular de Hemodiálise têm uma assistência médica, de enfermagem e de assistentes operacionais que garanta o respeito pela sua individualidade e privacidade? O número de participantes não foi determinado à priori, mas definido no curso do processo da produção dos dados empíricos, considerados suficientes para a compreensão do fenómeno em estudo. Baseando-se no pressuposto de que em pesquisa qualitativa a seleção dos participantes é intencional, quando o propósito do pesquisador é ter uma amostra selecionada de participantes que possa melhor contribuir para a pesquisa, fazendo uma seleção de casos ricos em informações para o estudo em profundidade (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Foram entrevistados 12 profissionais de saúde (4 nefrologistas, 4 enfermeiros e 4

assistentes operacionais). Consideraram-se como critérios de inclusão: desempenharem funções em unidades de hemodiálise privadas de Portugal e aceitarem participar no estudo.

No percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação e o assinalado na Declaração de Helsínquia. Para a realização das entrevistas providenciámos a respetiva autorização formal das unidades envolvidas, dedicando especial atenção à obtenção do consentimento livre e informado de todos os participantes.

A colheita de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2011, num local previamente preparado, de modo a proporcionar um ambiente calmo. Cada participante foi previamente contactado para agendar a hora e a data da realização da entrevista. Cada entrevista foi identificada com um número, de acordo com a sua realização (E1... E12), sendo a sua transcrição feita na íntegra, tarefa executada por nós, mediante um programa de processamento de texto, que nos permitiu recuperar parte do ambiente, as hesitações, as expressões, os sentimentos com que estas nos relatavam o fenómeno em estudo.

A análise e interpretação dos dados foram baseadas na fenomenografia apresentando como foco a análise de dimensões. O recurso à estrutura fenomenográfica, “espaço de resultados”, permitiu as representações analíticas: categorias de descrição e descrição dos significados qualitativamente diferentes e dimensões de variação (Akerlind, Bowden & Green, 2005).

Depois de transcritas, todas as entrevistas foram transformadas em documentos com extensão RTF (Rich Text Format). Para construir a base dos dados recolhidos, foi utilizado o software Qualitative Solutions Research Nvivo 10 (QSR Nvivo).

Foram identificados quatro domínios, estruturados em dimensões com relação semântica, descrevendo a aproximação dos sistemas de significados atribuídos pelos participantes na prestação dos cuidados de saúde em hemodiálise, no que concerne: às expressões usadas pelos profissionais de saúde sobre a percepção da privacidade em unidades de hemodiálise, razões para preservar a privacidade e formas de como relatar e vivenciá-la.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a qualidade científica do estudo, fundamentam-se os aspectos críticos diferenciadores, as formas qualitativamente diferentes da experiência e as descrições dos modos de vivenciar/entender o fenómeno (Akerlind, Bowden & Green, 2005).

Do processo de categorização dos relatos dos profissionais de saúde emergiram quatro dimensões apresentadas e analisadas seguidamente.

Espaço Físico

O homem, como ser social, organiza-se dentro de proximidades físicas e relaciona-se com outros, dentro de um ambiente físico. O conceito espaço físico é variável, porque depende do tamanho das salas de hemodiálise e do número de monitores existentes nas mesmas. De acordo com a literatura científica (Gasparino & Guirardello, 2006), o espaço é frequentemente desrespeitado, inclusive por membros da equipe de saúde, talvez porque essas pessoas não identificam as necessidades físicas nem territoriais dos pacientes, corroborando o relato de que, *infelizmente, pela logística das salas de hemodiálise e pela necessidade de rentabilizar custos, a privacidade não é preservada durante as sessões* (E1).

Durante os procedimentos no tratamento dialítico dos pacientes, os profissionais necessitam muitas vezes invadir o seu espaço, no entanto é crucial que estes, identifiquem os sentimentos negativos expressos pelos pacientes, frente à invasão do seu espaço pessoal e territorial, de modo a minimizar esses sentimentos e propiciar uma melhor adaptação do paciente durante o período de tratamento hemodialítico, como mencionado, *quanto à privacidade, embora se tente manter é sempre difícil, pois os doentes estão numa sala aberta, lado a lado, o que limita as intervenções necessárias a serem feitas aos doentes durante a diálise* (E2).

A necessidade de melhoria dos espaços arquitetónicos destas unidades não deixa dúvidas sobre a sua contribuição para o bem estar de todos que os utilizam. Devido à intensidade do tratamento, nota-se a necessidade da qualidade desses espaços, os quais devem ser amplos e o mais confortáveis possível. A distância entre os cadeirões deve ser adequada de forma a proporcionar conforto e privacidade, privilegiando a funcionalidade e a organização espacial, sem perder o foco no conforto ambiental e visual (Gasparino & Guirardello, 2006; Ribeiro, 2008).

Segundo a legislação portuguesa, as unidades de hemodiálise devem obedecer ao estabelecido no Artigo 49º e Artigo 51º do Decreto-Lei nº. 505/99 de 20 de Novembro, nas alterações do Dec-Lei nº. 241/2000 de 26 de Setembro e nas recomendações técnicas para os serviços de hemodiálise da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) datadas de junho de 2011, fixando os requisitos que as unidades de diálise devem obedecer no que se refere a instalações, organização e funcionamento, no sentido de garantir a qualidade técnica e de assistência aos pacientes em Programa Regular Hemodiálise, de forma a cumprir as normas legais relativas ao espaço físico.

Não podemos deixar de reiterar o discurso, *o número e doentes necessitados de hemodiálise vem aumentando progressivamente nos últimos anos* (E3). Segundo as recomendações legislativas em termos estruturais das unidades de diálise e as recomendações técnicas da ACSS, as salas de hemodiálise devem apresentar as seguintes características: acesso fácil ao exterior e zonas de passagem com, pelo menos, 1 m de largura; luz adequada, natural ou artificial; adequado arejamento e

regulação da temperatura ambiente (máximo 25º C e mínimo 18º C); 1,8 m de largura e 2,5 m de comprimento por cada posto de hemodiálise e de fácil circulação. Atendendo a estas recomendações, os resultados revelam existir aspectos a melhorar, nomeadamente o espaço entre as unidades, separadores físicos entre os pacientes (paredes e não só cortinas); diminuição do ruído que se provoca nas conversas entre os pacientes, como do médico assistente com o paciente e até do paciente com o enfermeiro.

Num estudo de abordagem qualitativa (Ribeiro, 2008) sobre situações significativas no espaço-contexto de hemodiálise, os autores referem que estas unidades devem dispor de um espaço físico adequado para a realização dos tratamentos hemodialíticos, em que é atribuído um grau de importância muito elevado ao conforto.

Considera-se que os termos privacidade e dignidade são conceitos inter-relacionados. A dignidade incorpora muitas características da privacidade do indivíduo, como o respeito pela pessoa, a privacidade do corpo, a privacidade do espaço e do território (Petrovski & Dall'Agnol, 2006).

Exposição Corporal

Os cuidados de saúde permitem aos seus atores o acesso ao corpo e às informações sobre as condições de vida e de saúde daqueles que buscam o cuidado e atendimento. No ambiente hospitalar, frequentemente, emergem questões que envolvem a privacidade do paciente (Woogara, 2004). Num estudo efetuado em pacientes internados, os autores referem que os pacientes declaram que ocorre a exposição do seu corpo e de outros, notoriamente, durante os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, tais como: banho, higiene, roupas, tratamento de feridas, dentre outros. Essa exposição, por vezes desnecessária, provoca constrangimento, desconforto, preocupação, insegurança e estresse psicológico.

Ao prestarmos cuidados de saúde, a preocupação com a exposição corporal está presente, no entanto, devido ao espaço físico existente de acordo com cada contexto e na nossa pesquisa em unidades de hemodiálise, nem sempre isto é possível, consoante depoimentos, *a privacidade dos doentes não é preservada durante as sessões com exposição física aos restantes doentes e profissionais de saúde, há um esforço pela equipe multidisciplinar em minimizar este aspeto mas nem sempre é possível de garantir, no caso de surgirem complicações como vômitos, diarreia, uma PCR* (E1, E3). Esta situação vai de encontro ao preconizado pela Associação Central do Serviço de Saúde quando refere que, os postos de tratamento que forem em *open space*, devem prever a possibilidade do isolamento de cada paciente, se necessário através de separadores.

Frente à impotência sentida muitas vezes pelos pacientes na exposição do seu corpo e do corpo do outro durante a prestação de cuidados em hemodiálise, importa referenciar o destaque do papel do enfermeiro, o qual terá de adotar uma postura crítica e reflexiva colocando em evidência as competências exigidas no ato do procedimento com a pessoa em tratamento dialítico (Soares & Dall'Agnol, 2011). Alguns relatos demonstram a importância destas competências da equipe de saúde, contribuindo ou proporcionando aos pacientes a privacidade necessária a nível da exposição corporal, *com a minha formação e experiência gostaria de poder afirmar com toda a convicção que essa exposição está sempre salvaguardada, a verdade é que nem sempre é possível fazê-lo, embora se tente é sempre difícil pela estrutura existente das salas de diálise em que o espaço está muito condicionado* (E6).

Num estudo constatou-se que a enfermagem toca o corpo e expõe o paciente, muitas vezes, sem pedir autorização, adotando uma postura de poder (Akerlind, Bowden & Green, 2005). O paciente, apresenta sentimentos como constrangimento e vergonha, no entanto pouco questiona essa invasão, acreditando ser necessária para o seu tratamento. Alguma incoerência sobressai relativa aos achados deste estudo, através dos relatos experienciados e vivenciados pelos profissionais de saúde, verbalizando *que a privacidade na exposição corporal dos doentes em programa regular de hemodiálise é sempre uma barreira que é quebrada pelos próprios doentes, devido à sua situação de doença crónica, simultaneamente é pena que as salas de diálise não possam evitar com que essa situação aconteça mas, eles gostam de estar todos juntos* (E8).

Em todas as situações do tratamento, as exigências da prática de cuidados a este nível de exposição podem evoluir, mantendo sempre presente a dignidade da pessoa, como explicitam os relatos *penso que com esforço mútuo poderemos atingir esse nível de qualidade nos cuidados, damos o nosso melhor e como conhecemos este tipo de doentes, convivemos com eles todos os dias tentamos preservar a exposição do corpo, com as cortinas e biombos, garantindo uma prática de cuidados com respeito e de excelência* (E12).

Em algumas culturas aprende-se que expor o corpo não é apropriado, estando relacionado implicitamente com a nudez e consequentemente com padrões reprimidos a nível cultural. Contudo, é importante ressaltar os direitos das pessoas e, sendo os profissionais de saúde aqueles que estão em contacto constante com esta exposição, torna-se imprescindível salvaguardar esses direitos. Nas unidades de diálise assiste-se a investimentos acentuados do corpo em nome da eficácia e da inovação tecnológica e a frequentes questionamentos sobre os resultados do trabalho desenvolvido. Esta propriedade invasora, desafia e orienta o enfermeiro para uma prática de cuidados onde a ditadura do corpo sobre o espírito e a supressão da sensibilidade se impõem em nome da ciência que precisamos consciencializar (Pupulim & Sawada, 2002; Soares, 2010).

Humanização dos Cuidados

Vários estudos têm sido desenvolvidos na atualidade no âmbito da humanização dos cuidados nas ciências de enfermagem. Segundo os autores de um estudo de revisão sistemática (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008), no legado teórico e prático das ciências de enfermagem encontramos um vasto campo de conhecimento sobre humanização de cuidados, construído por diferentes escolas, nomeadamente: a definição de enfermagem e a teoria do défice do autocuidado de enfermagem da escola das necessidades; o modelo de relação Pessoa-a-Pessoa da escola da interação; o modelo dos Seres Humanos Unitários e a teoria do tornar-se humano da escola Ser humano Unitário; a teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidar Cultural e a Filosofia e Ciência do Cuidar da Escola de Cuidar.

Os mesmos autores mencionam que os profissionais de saúde compreendem a verdadeira dimensão do sofrimento humano, quando entram na intimidade do paciente, devido às necessidades do tratamento, procurando tratar o paciente como um ser humano, e conduzindo o procedimento à altura da dignidade humana (Simões, Rodrigues & Salgueiro, 2008). No entanto, nem mesmo os profissionais de saúde, cuidadores de proximidade, conseguem sempre ficar imunes à tendência de desvalorização do fator humano, *apesar da política atual em que a quantidade suplanta a qualidade, penso que mesmo assim conseguimos manter a privacidade e individualidade do doente enquanto pessoa, com muito esforço mútuo poderemos atingir um nível superior de qualidade dos cuidados prestados* (E4).

Em Portugal, os resultados de uma investigação (Carvalho, 1996) sobre o tema “humanismo e enfermagem”, evidenciam uma crise a esse nível da atuação, pela perda da visão holística do paciente, pela instalação da rotina ao longo dos anos da ação do enfermeiro e pelas faltas progressivas na comunicação/relação, indo ao encontro do relatado pelos participantes, ao apontar que *na atual conjuntura, os números têm um grande peso e a qualidade começa a perder terreno* (E6).

Na sociedade brasileira, de forma a atender às necessidades de saúde da população foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) norteado, de entre outros, pelos princípios da integralidade da atenção, universalidade do acesso, busca da equidade e incorporação de novos saberes e práticas (Marin, Storniolo & Moravcik, 2010). Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) constitui-se como um novo modelo de atenção, impondo aos profissionais de saúde a corresponsabilidade para a melhoria das condições de humanização (Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

Num estudo que objetivou conhecer o significado que profissionais da enfermagem atribuem ao termo “humanização” e verificar como o empregam nas práticas clínicas, a humanização também denominada de virtudes é evidenciada principalmente pelo cuidado. Cuidar designa sentimentos tais como amor, amizade e cura (Collière, 2003). Pode afirmar-se, então, que a cura não ocorre unicamente pelo conhecimento técnico-curativo, mas especialmente pelo sentimento universal de amizade e amor, expressos no cuidado. Assim, deixar de cuidar seria ir contra a própria natureza humana e tornar-nos apenas mecanicistas. O que parece ocorrer é o gradativo esquecimento dessa humanidade. Surge, então, o neologismo “humanização” para encarar o processo de desumanização. Logo, “humanização” ou “cuidado humanizado” sugerem um meio de suavizar as consequências do sistema do que o cuidado propriamente dito. Neste sentido, *a humanização só é conseguida se os cuidados forem humanizados... acho que apesar de todas as vicissitudes há um grande esforço por parte dos enfermeiros em prestar cuidados tendo em conta a individualidade dos doentes* (E6).

É oportuno salientar que a humanização dos cuidados em unidades de hemodiálise passa pelo respeito à individualidade da pessoa, ao mesmo tempo em que suscita uma percepção holística da pessoa, extrapolando a compreensão física da doença e contemplando os aspetos psicológicos, sociais e espirituais que, direta ou indiretamente, influenciam no processo saúde-doença. Os profissionais de saúde, como atores que permanecem muito tempo junto do paciente, tendo como objeto de trabalho o cuidado, que procura estabelecer elos de ligação, construir relações e conhecer o outro, devem ser agentes impulsionadores na promoção da saúde e no bem-estar emocional do paciente em diálise, de forma a que estes afrontem o processo de doença, assim como os tratamentos, numa perspetiva mais positiva.

Os cuidados de saúde devem ser prestados de forma humana e holística e sob a luz de uma abordagem integrada, sem excluir o cuidado emocional, mais abrangente e personalizado aos seus pacientes, vislumbrando uma assistência de qualidade (Corbani, Brêtas & Matheus, 2009).

A humanização pode e deve ser efetuada por meio de palavras de carinho, conforto e segurança, durante as inúmeras intervenções realizadas. Não é necessária uma situação especial para proporcionar um atendimento humanizado, basta otimizar o tempo e oferecer respeito pela diferença de cada paciente para garantir a qualidade nos procedimentos de rotina.

Comunicação

Num estudo que teve por objetivo realçar a comunicação como instrumento básico no processo do cuidar humanizado, é de referir que a comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia todas as ações no desempenho de suas funções (Morais, Costa, Fontes & Carneiro, 2009), *a essência do cuidar em enfermagem está no comunicar* (E6).

Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa *pôr em comum*. Portanto, a comunicação pode ser entendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas, a partir das quais as pessoas percebem e partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos.

Comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas.

O ato comunicativo, como fenômeno interativo e interpretativo, revela a relação necessária entre os seres humanos, uma vez que é a partir do processo comunicacional que compartilhamos vivências, angústias e inseguranças ao mesmo tempo que satisfazemos as nossas necessidades enquanto seres de relação, *o doente Insuficiente Renal é um doente muito exigente nas várias facetas da sua patologia, o grau de dependência de uma técnica invasiva várias vezes por semana, as oscilações bruscas em termos fisiológicos, a incerteza do futuro, agravada com todas as complicações da técnica e a revolta natural, levam o enfermeiro a ter de desenvolver a comunicação de forma a poder proporcionar algum bem-estar a estes doentes* (E6).

A comunicação configura um fator crucial na compreensão do vivenciado pelas pessoas. É essencial para um cuidado em enfermagem, de forma a vislumbrar melhor assistência ao paciente, o qual está vivenciando sentimentos como a ansiedade e o estresse decorrentes do processo de doença, sendo um instrumento fundamental para o cuidado integral e humanizado porque, por meio dela, é possível reconhecer e acolher as necessidades do paciente (França, Costa, Lopes, Nóbrega & França, 2013).

No hospital, mais precisamente nas unidades de hemodiálise, a comunicação permite um cuidar autêntico ao paciente e não um simples tratar, porquanto permite a este exteriorizar as suas necessidades na busca de soluções, com ênfase na sua individualidade, promovendo uma relação interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização vivenciado pelo ser hospitalizado. A partir de um cuidado integral, deverá perceber o ser humano como ser biológico, psicológico, social e espiritual e não como um ser fragmentado em vários sistemas fisiológicos.

A comunicação é o eixo central no ato do cuidar e do tratar, devendo ser considerada não só como um ato humanizador, mas também como um dos fatores decisivos, juntamente com a competência, a eficiência e a eficácia da qualidade de um determinado espaço do serviço de saúde, como indica o relatado pelos participantes ao mencionarem que, muitas vezes a lotação das salas dificulta a comunicação com o doente e outros profissionais de saúde, *a sala de hemodiálise está lotada o que torna impossível, naquele espaço, ter uma conversa com o doente que permita total privacidade* (E5 e E6).

Atualmente a comunicação terapêutica assume-se como um aspeto fulcral nas intervenções autónomas dos enfermeiros, constituindo-se um meio poderoso e decisivo no processo do cuidar (Morais, Costa, Fontes & Carneiro, 2009). Neste sentido, os profissionais de saúde ao valorizarem os seus comportamentos, tendo em conta a privacidade dos pacientes em programa regular de hemodiálise, têm o dever de intervir, de forma a estabelecer uma relação de confiança e empatia considerada essencial para a criação de contextos, nos quais os profissionais de saúde podem ativamente interagir com os pacientes explorando as suas necessidades, desenvolvendo estratégias para maximizar a privacidade nos cuidados nas unidades (Moura, 2006) e intersear as rotinas do cuidado, exigindo mudanças no próprio paradigma de saúde e na dinâmica do trabalho, além de reflexões sobre valores pessoais e profissionais (Ferreira, Gozzo, Panobianco & Santos, 2015).

De salientar que a valorização da privacidade do cuidar em hemodiálise e seus elementos é comum na percepção dos diferentes participantes do estudo, sendo reconhecida a sua importância, como um indicador de excelência dos cuidados de saúde.

Como limitação, considera-se o tamanho reduzido da amostra, provocado por saturação dos dados das entrevistas efetuadas às diferentes categorias profissionais (nefrologistas, enfermeiros e assistentes operacionais).

Do estudo sobressaem alertas, abrindo novas pautas para outras investigações a fim de que a compreensão do fenômeno possa contribuir, de forma significativa, para a enfermagem e o conceito de privacidade incorpore a mesma importância na prática de cuidados diária, como qualquer outro cuidado de enfermagem considerado fundamental.

CONCLUSÕES

Os discursos trazidos pelos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de hemodiálise desvelam focos de atenção sobre a preservação da privacidade do cuidar em hemodiálise, nas suas práticas de cuidados, traduzidos através das dimensões, espaço físico, exposição corporal, humanização de cuidados e comunicação.

Para os participantes, a dimensão espaço físico surge como uma propriedade relevante na privacidade do cuidar em hemodiálise a reivindicando uma estrutura arquitetónica favorecedora do cuidar da privacidade, remetendo para a importância da aplicação do consignado nas recomendações técnicas e do legislado. Este posicionamento dos profissionais, ajuda a perceber a dimensão exposição do corpo, valorizada enquanto exposição da intimidade e condição única para a pessoa que a vivencia.

Em sequência, urge reclamar atenção, a dimensão humanização dos cuidados a qual complementa o sentido das dimensões espaço físico e exposição do corpo. A harmoniosidade que sobressai na sequência das dimensões reforça o que o património de enfermagem preconiza e o peculiariza como disciplina.

Dos achados no contexto do cuidar da privacidade em hemodiálise sobressai ainda a dimensão da comunicação, a qual orienta para as propriedades contextuais de interação no cuidado. Esta dimensão apela para um clima de segurança afetivo e confiança mútua, considerada como essencial no cuidar da privacidade em hemodiálise.

Do questionamento das práticas dos profissionais de saúde sobre a preservação da privacidade dos pacientes em programa regular de hemodiálise, são valorizados focos de atenção que pela sua natureza e sequênci invocam preocupações no cuidado. O respeito pela individualidade e privacidade são assumidos pelos profissionais de saúde como uma necessidade humana básica a ser promovida e a sua preservação representa um cuidado relevante para a garantia do respeito pelos pacientes, face aos focos de atenção considerados na dimensão espaço físico, exposição do corpo, na inerente humanização do cuidado e comunicação subjacente.

Este sucesso seria merecedor de uma maior reflexão e questionamento sobre a preservação da privacidade do cuidar em hemodiálise, constituindo-se como política pública de abrangência nacional e demarcando-se pela sua singularidade face a outras políticas de saúde. Não raramente, as políticas são construídas por indução do Estado e com incipiente entendimento junto dos atores sociais no que concerne às suas diretrizes e estratégias. Geralmente, espera-se que seus quadros normativos sejam adequados e fielmente realizados. Debater sobre os entendimentos construídos entre formuladores e agentes de implantação de políticas seria um caminho fértil, porém constituiria objeto de outra pesquisa.

A opção pelos cenários das unidades de hemodiálise privadas de Portugal, embora sem evidência de prejuízo para o estudo, tomámo-la como limitação pelo não alargamento aos contextos das unidades públicas de hemodiálise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akerlind, G.S., Bowden, J. & Green P. (2005). Learning to do phenomenography: a reflective discussion. In: Bowden, JA, Green P. Doing developmental phenomenography. *Melbourne: RMIT University Press*: 74-102.
- Baggio, M.A., Pomatti, D.M., Bettinelli, L.A. & Erdmann, A.L. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.*, 64(1): 25-30.
- Camilo, P., Morais, A., Fontes, A., Bastos, L. & Ferreira, A. (1999). Privacidade: condição ou critério para cuidar. *Nursing*, 11(129): 30-6.
- Carvalho, M.M.M. (1996). *A enfermagem e o humanismo*. Lisboa: Lusociência.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência; 2003.
- Corbani, N.M.S., Brêtas, A.C.P. & Matheus, M.C.C. (2009) Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?. *Rev Bras Enferm.*, 62(3): 349-354.
- Ferreira, S.M.A., Gozzo, T.O., Panobianco, M.S. & Santos, M.O. (2015) Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: perspectiva das profissionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]: 23(1): 82-89.
- França, J.R.F.S., Costa, S.F.G., Lopes, M.E.L., Nóbrega, M.M.L. & França, I.S.X. (2013). Importância da comunicação nos cuidados paliativos em oncologia pediátrica: enfoque na Teoria Humanística de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet], 21(3): 1-7.
- Gasparino, M.C. & Guirardello, E.B. (2006). Sentimento de invasão do espaço territorial e pessoal do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5): 652-655.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Schopp, A., et al. (2003). Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five european countries: general overview. *Nursing Ethics*, 10(1): 19-27.
- Marin, M.J.S., Storniolo, L.V. & Moravcik, M.Y. (2010). A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4): 2-7.
- Ministério da Saúde (BR). (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Morais, G.S.N., Costa, S.F.G., Fontes, W.D. & Carneiro, A.D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*, 22(3): 323-327.
- Moura C. (2006). Cuidados de enfermagem à pessoa com insuficiência renal crónica terminal: Da percepção do paciente à concepção dos enfermeiros. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto..
- Organização das Nações Unidas. (1984). Declaração Universal dos Direitos Humanos.

- Petrovski, V. & Dall'Agnol, C.M. (2006). Situações significativas no espaço-contexto da hemodiálise: o que dizem os usuários de um serviço?. *Rev Bras Enferm.*, 59(5): 630-635.
- Pupulim, J.S.L. & Sawada, N.O. (2002). Nursing care and the invasion of patients' privacy: an ethical and moral issue. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, 10(3): 433-438.
- Ribeiro, L.M. (2008). Humanização do espaço arquitetônico em unidade de hemodiálise. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura da Universidade Federal da Bahia, Brasil.
- Simões, M., Rodrigues, M. & Salgueiro, N. (2008). O significado da filosofia da humanidade no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável. *Revista Referência*, 7(2ª Série): 97-105.
- Soares, N.V. & Dall'Agnol, C.M. (2011). Privacidade dos pacientes: uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 24(5): 683-688.
- Soares, N.V. (2010). A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar. Tese de doutoramento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2008). *The philosophy and science of caring*. Colorado: University press of Colorado.
- Woogara, J. (2004). Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Standard*, 19: 33-37.

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; Declaração de Direito Autoral; Documentos necessários à submissão, disponíveis no site da Revista <http://revistas.rcaap.pt/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

José Paulo Lousado

Corpo de Revisores Estrangeiro | Foreign Peer Reviewers | Cuerpo de Revisores Extranjeros

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

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

Carlos Gutiérrez García – Universidade de León (ES)

Carlos Maciel – Universidade de Nantes (FR)

Florêncio Vicente Castro – Universidade de Badajóz (ES)

Francisco Javier Castro Molina – Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, Universidad de la Laguna (ULL), (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 Geriátria y Gerontología de Cantabria (ES)

Michelle Knox - University of Toledo, Ohio (US)

Ozírís Borges Filho - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (BR)

Tadeu Fernandes de Carvalho – Pontifícia Universidade Católica de Campinas (BR)

Soner Soyly - Agriculture Faculty, Mustafa Kemal Üniversitesi (TR)

Wojciech Cynarski – Rzeszów University (PL)

Revisores Nacionais Externos | External National Reviewers | Revisores Nacionales Externos

Adalberto Dias de Carvalho, FLUP
Aires Pereira do Couto, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Alexandra Maria Dantas de Castro Araújo, U. Portucalense Inf. D. Henrique, Porto
Ana Maria Mouraz Lopes, Universidade do Porto
Ana Sofia Carvalho, Universidade Católica, Porto
António Boleto Rosado, Universidade Técnica de Lisboa
António Gomes Ferreira, Universidade de Coimbra
Carlinda Leite, Universidade do Porto
Carlos Fernandes Silva, Universidade de Aveiro
Célia dos Prazeres Ribeiro, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Eduardo Santos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
Flávio Nelson Fernandes Reis, Universidade de Coimbra
Francisco Rui Cádima, Universidade Nova de Lisboa
Goreti Maria dos Anjos Botelho, Instituto Politécnico de Coimbra
Gustavo Pires, Universidade Técnica de Lisboa
Isa Margarida Vitória Severino, Instituto Politécnico da Guarda
Isabel Cabrita, Universidade de Aveiro
Isabel Maria Marques Alberto, Universidade de Coimbra
Isabel Mesquita, Universidade do Porto
João Carlos Matias Celestino Gomes da Rocha, Universidade de Aveiro
João Eduardo Quintela Varajão, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD
Jorge Adelino Rodrigues da Costa, Universidade de Aveiro
Jorge Trinidad Ferraz de Abreu, Universidade de Aveiro
José Roquette, Universidade Técnica de Lisboa
Luís Amaral, Universidade do Minho
Manuel António Brites Salgado, Instituto Politécnico da Guarda
Manuel Celestino Vara Pires, Instituto Politécnico de Bragança
Manuel Vicente de Freitas Martins, Instituto Politécnico de Castelo Branco
Margarida Gomes Moldão Martins
Margarida Isabel dos Santos Amaral, Universidade de Aveiro
Maria Teresa Pires de Medeiros, Universidade dos Açores
Maria dos Anjos Pires, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro UTAD
Maria Elisabete da Silva Tomé Mendes, Instituto Politécnico de Portalegre
Maria João Barroca, Instituto Politécnico de Coimbra
Maria Margarida Silva Reis Santos Ferreira, Escola Superior de Enfermagem, Porto
Maria Neto da Cruz Leitão, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Raquel Freire, Universidade de Coimbra
Maria Teresa Rijo da Fonseca Lino, Universidade Nova de Lisboa
Paulo Joaquim Pina Queirós, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Paulo Jorge Almeida Pereira, Universidade Católica Portuguesa, Viseu
Paulo Providência, Universidade de Coimbra
Preciosa Teixeira Fernandes, Universidade do Porto
Rogério Paulo Alves Lopes, Universidade de Aveiro
Rosa Antónia de Oliveira Figueiredo Tomás Ferreira, Universidade do Porto
Rosário Gamboa, Instituto Politécnico do Porto
Sandra Cristina Oliveira Soares, Universidade de Aveiro
Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz, Escola Superior de Enfermagem, Porto
Teresa Maria Dias de Paiva, Instituto Politécnico da Guarda
Tito da Silva Trindade, Universidade de Aveiro
Zaida Maria Lopes Ferreira, Instituto Politécnico da Guarda

Revisores Nacionais - Instituto Politécnico de Viseu (IPV) | National Reviewers (IPV) | Revisores Nacionales (IPV)

Escola Superior Agrária

António Manuel Santos Tomas Jordão
Edite Maria Relvas das Neves Teixeira de Lemos
Helder Filipe dos Santos Viana
Helena Maria Vala Correia
Maria João Cunha Silva Reis Lima
Pedro Rodrigues
Raquel de Pinho Ferreira Guiné
Vitor João Pereira Domingues Martinho

Escola Superior de Educação

Abel Aurélio Abreu de Figueiredo
Ana Isabel Pereira Pinheiro da Silva
Ana Maria Marques Costa Pereira Lopes
Ana Paula Pereira Oliveira Cardoso
Anabela Clara Barreto Marques Novais
Antonino Manuel de Almeida Pereira
António Augusto Gaspar Ribeiro
António Manuel Tavares Azevedo
Belmiro Tavares da Silva Rego
Cátia Clara Ávila Magalhães
Emília da Conceição Figueiredo Martins
Esperança do Rosário Jales Ribeiro
Filomena Antunes Sobral
Francisco Emiliano Dias Mendes
Henrique Manuel Pereira Ramalho
José Luís Menezes Correia
Lia João de Pinho Araújo
Maria Isabel Rola Rodrigues Abrantes
Maria Paula Martins de Oliveira Carvalho
Paula Maria de Azevedo Ferreira Rodrigues
Rosina Inês Ribeiro de Sá Fernandes
Sara Maria Alexandre e Silva Felizardo
Susana Barros Fonseca
Susana Cristina Santos Fidalgo Fonseca Moura Lopes
Véronique Delplanca

Escola Superior de Saúde

Amadeu Matos Gonçalves
Amarílis Pereira Rocha
Ana Isabel Andrade
António Madureira Dias
Carla Maria Viegas e Melo Cruz
Carlos Manuel Figueiredo Pereira
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Cláudia Margarida C. Balula Chaves

Daniel Marques da Silva
Emília de Carvalho Coutinho
Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva
João Carvalho Duarte
José dos Santos Costa
Lídia do Rosário Cabral
Manuela Maria Conceição Ferreira
Maria Conceição Almeida Martins
Maria da Graça F. Aparício Costa
Maria Isabel Bica de Carvalho
Maria Odete Pereira Amaral
Olivério de Paiva Ribeiro
Paula Alexandra de Andrade B. Nelas
Rosa Maria Lopes Martins
Susana Maria Fernandes S. André
Sofia Campos Pires

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego

Paula Alexandra Marques dos Santos

Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu

Alexandre David Aibeo Fernandes
Ana Cristina Bico Rodrigues de Matos
António Manuel Pereira Ferrolho
António Pedro Martins Soares Pinto
Bruno Emanuel Morgado Ferreira
Bruno Miguel Morais Lemos Esteves
Carla Manuela Ribeiro Henriques
Cristina Maria do Amaral Pereira de Lima Coelho
Daniel Filipe Albuquerque
Gilberto Antunes Ferreira Rouxinol
Idalina de Jesus Domingos
Isabel Maria Loureiro Pais Esteves Martins
Isabel Paula Lopes Brás
Joaquim Goncalves Antunes
José Francisco Monteiro Morgado
José Vicente Rodrigues Ferreira
Luísa Maria Hora de Carvalho
Luísa Paula Goncalves Oliveira Valente da Cruz Lopes
Manuel António Pinto da Silva Amaral
Maria de Lurdes Costa e Sousa
Maria Madalena de Freitas Malva
Paulo Alexandre da Silveira Costeira Marques da Silva
Paulo Moisés Almeida da Costa
Paulo Rogério Perfeito Tome
Pedro Manuel Nogueira Reis

UNIDADES TÉCNICAS | TECHNICAL UNITS | UNIDADES TÉCNICAS

**Unidade Técnica de Supervisão Estatística e Línguas |
Statistics and Languages Technical Unit Supervision | Unidad
Técnica de Supervisión de Estadísticas y Lenguas**

**Revisores da Estatística | Statistical Reviewers | Revisores de
Estadísticas**

Ana Cristina Matos – ESTGV, IPV
António Madureira Dias – ESSI, IPV
Carla Henriques – ESTGV, IPV
Carlota Lemos – ESAV, IPV
Emília Martins – ESEV, IPV
Francisco Emiliano – ESEV, IPV
João Carlos Gonçalves – ESAV, IPV
João Carvalho Duarte – ESSI, IPV
Madalena Malva – ESTGV, IPV
Ricardo Gama – ESTGL, IPV

**Revisores dos Idiomas | Languages Reviewers | Revisores de
Idiomas**

Português | Portuguese | Portugués

Ana Isabel Silva; Dulce Melão; Isabel Aires de Matos;
João Paulo Balula – ESEV, IPV

Inglês | English | Inglés

Ana Maria Costa; Susana Fidalgo & Susana Amante – ESEV, IPV

Francês | French | Francés

Ana Maria Oliveira – IPV
Véronique Delplançq – ESEV, IPV

Castelhano | Spanish | Español

António Ferreira – IPV, ESTGV
Paula Fonseca – IPV, ESTGV

**Unidade Técnica de Redação, Edição e Documentação |
Redaction Technical Unit, Publishing and Documentation |
Unidad Técnica de Redacción, Publicaciones y Documentación**

**Edição e Gestão da Revista Millenium no SARC/RECAAP |
Millenium Magazine Edition and Management in SARC/
RECAAP | Edition y Gestión de la Magazine Millenium en
SARC / RCAAP**

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV
Renato Carvalho – IPV

**Apoio Documental e Bibliográfico | Documental and
Bibliographical Support | Soporte Documental y Bibliográfico**

Ângelo Fonseca – ESEV, IPV
Ascensão Abrantes – ESEV, IPV
Damiana Guedes – ESTGL, IPV
Fátima Jorge – ESSI, IPV
Luís Carneiro – ESAV, IPV
Rosa Silva – ESTGV, IPV

**Apoio Técnico, Redação e Edição de Texto | Technical
Support, Redaction and Text Edition | Soporte Técnico,
Redacción y Edición de Texto**

Nuno Campos – ESEV, IPV
Pedro Silva – ESEV, IPV

Revisão Final | Final Review | Revisión Final

Renato Carvalho – IPV

**Edição Internet - Desenvolvimento e manutenção da
plataforma da Revista | Internet Edition - Development
and magazine platform maintenance | Edición Internet -
Desarrollo y mantenimiento de la plataforma de la revista**

Conversão Hyper Text Markup Language (HTML)
João Rodrigues – IPV

**Composição e Conceção Gráfica | Composition and Graphic
Design | Composición y Diseño Gráfico**

Paulo Medeiros – IPV
Joel Marques – IPV

fevereiro 2017
série 2 nº2
quadrimestral

